

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

371

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

M^r LOMBARD Georges, Antoine

né le 23 Août 1943

à MONT-SAINT-MARTIN (Mthe et Melle)

Présentée et soutenue publiquement le 1970

CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES
DES
AMPUTATIONS DU COL

PRESIDENT : **M^r R. Merger**, PROFESSEUR

ANNÉE 1970

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Mr LOMBARD Georges, Antoine

né le 23 Août 1943

à MONT-SAINT-MARTIN (Mthe et Melle)

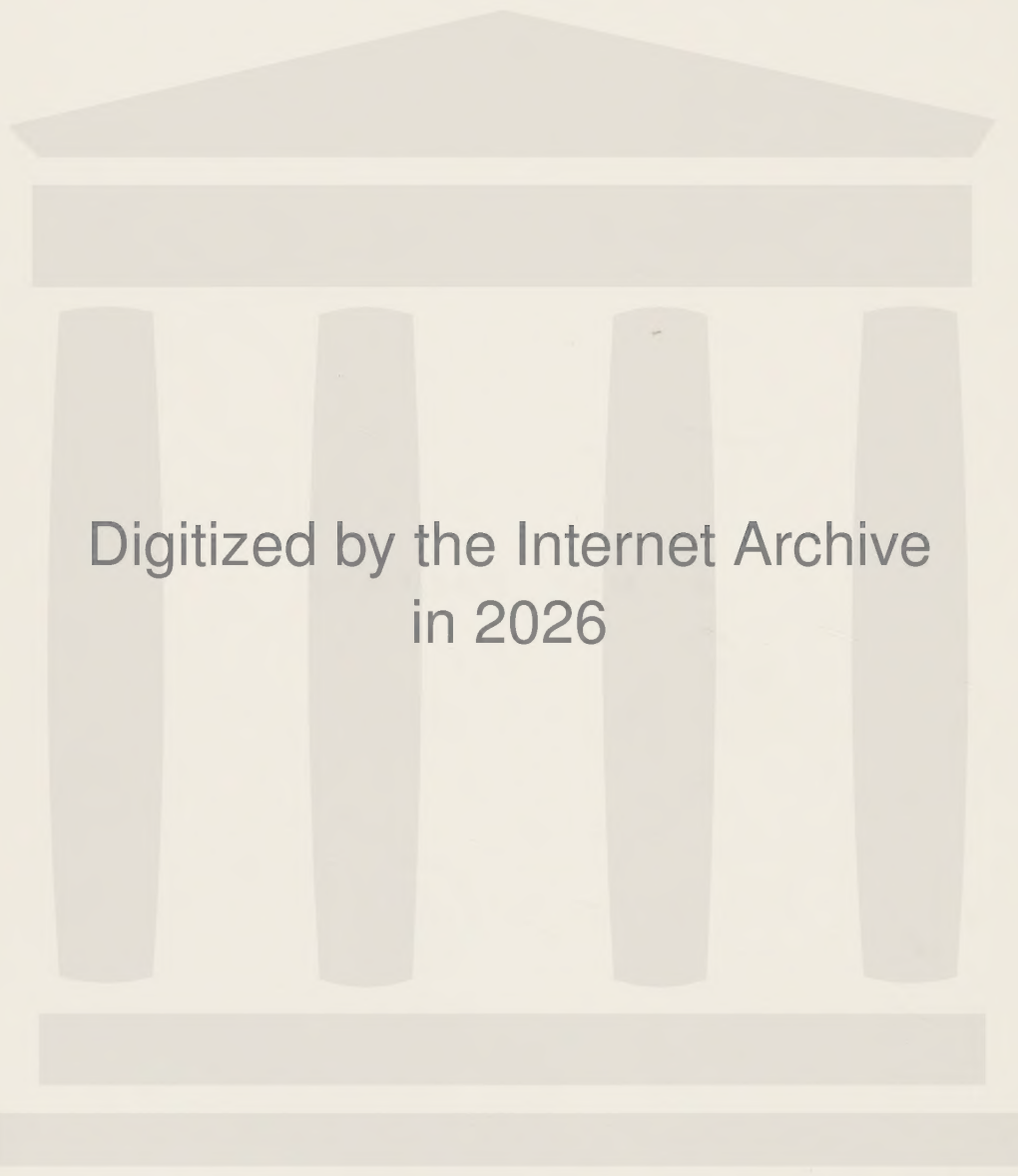
Présentée et soutenue publiquement le 1970

**CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES
DES
AMPUTATIONS DU COL**

PRESIDENT : **Mr R. Merger**, PROFESSEUR



A MES PARENTS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551515_0003

Nous remercions Monsieur le Professeur MERGER
qui nous a fait l'honneur d'accepter la Présidence
de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé Emile HERVET, Chef
de Service de Gynécologie obstétrique de l'Hôpital TENON.

Il nous a guidés sur la voie de la gynécologie obstétrique
durant les mois, où, sous son autorité bienveillante, nous fûmes son
élève.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il soit assuré de notre respectueuse gratitude et de
nos remerciements pour l'aide et les conseils qu'il nous a prodigués
dans la réalisation de ce travail.

A Monsieur le Docteur Bernard JAMAIN, Chef de Service
de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital BICHAT.

Il nous a fait découvrir la gynécologie obstétrique. Il nous
a accueilli avec bienveillance dans son service. Il nous a enseigné au
fil des mois tout notre métier. Son exemple fut déterminant sur notre
orientation.

Qu'il soit assuré de nos remerciements les plus vifs et de
notre respectueuse gratitude.

.../...

A Monsieur le Docteur Albert LETESSIER.

En témoignage de l'admiration que nous portons à son
esprit didactique et à son sens pédagogique.

A Monsieur le Docteur René LOGEAY, Chef de Service de
Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier de PONTOISE.

En témoignage de gratitude pour l'accueil bienveillant
qu'il nous a fait dans son service et pour l'enseignement qu'il a bien
voulu nous prodiguer.

A mes Maîtres dans l'Externat :

- Monsieur le Professeur Agrégé François BESANCON
Chef de Service à l'Hôpital LARIBOISIERE.
- Monsieur le Docteur Claude DUFOURMENTEL
Chef de Service de Chirurgie Réparatrice à l'Hôpital SAINT LOUIS
- Monsieur le Professeur Henri BROCARD
Chef de Service de Pneumo Phtisiologie à l'Hôpital TENON
- Monsieur le Docteur ROUQUES
- Monsieur le Docteur Jean VOISIN
Chef de Service d'Ophtalmologie à l'Hôpital LARIBOISIERE

Qu'ils trouvent ici le témoignage de notre respectueuse
gratitude pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué.

CONSEQUENCES OBSTETRIQUES DES AMPUTATIONS

DU COL

I. - INTRODUCTION

Le but de cette étude est d'analyser les incidences de l'amputation du col :

- la fertilité
- les avortements
- les accouchements prématurés
- et le travail.

Partisans et adversaires de l'amputation chez la femme jeune sont en général restés sur leur position, insensibles semble-t-il aux arguments réciproques, ou du moins non convaincus.

Il y a toujours des chirurgiens qui refusent le risque d'une grossesse après amputation du col, associée ou non à une colpoperinéorraphie. Il y a toujours des accoucheurs qui redoutent la voie basse.

Depuis longtemps, nous avons pris une position de principe sur la foi d'observations précises et nous n'avons jamais stérilisé de femmes.

Nos observations présentent, sur certaines autres, l'originalité que nous sommes nous-mêmes responsables de l'acte chirurgical et de l'acte obstétrical.

Il y a souvent des discordances dans certaines observations, du fait que l'accoucheur ne connaît, ni le chirurgien, ni même le compte rendu opératoire ; ou bien que l'opérateur ignore la portée de ses gestes sur un accouchement éventuel.

Quant aux conséquences des accouchements sur la statique périnéale, le nombre restreint de nos observations et les rares fois où nous avons pu suivre nos accouchées dans le post partum nous empêchent de conclure. Toutefois, nous n'avons eu connaissance d'aucune récurrence.

Nous verrons successivement dans cette étude :

- | | |
|----------------|--------------------------|
| - CHAPITRE II | Nos 9 observations |
| - CHAPITRE III | Un tableau récapitulatif |

- CHAPITRE IV Les arguments des opposants à la grossesse
après amputation du col
- CHAPITRE V Les partisans
- CHAPITRE VI Notre position
- CHAPITRE VII Conclusion.

° ° °

II. - 9 OBSERVATIONS de 10 GROSSESSES

avec 5 accouchements par voie basse
3 accouchements par césarienne
et 7 enfants vivants

Ces observations sont présentées en détail et commentées,
en particulier :

- les antécédents gynécologiques et obstétricaux
- les modalités opératoires
- l'évolution des grossesses
- les modalités de l'accouchement
- les suites lointaines lorsque ces malades ont pu être revues.

Un tableau final résume les résultats.

OBS. N° 1
=====

Madame C...., manutentionnaire, consulte dans le service en Janvier 1967 pour prolapsus génital.

Les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynécologiques n'offrent rien de remarquable.

Dans les antécédents obstétricaux, on note :

- une première grossesse en 1964
- une seconde en 1966

Les deux grossesses furent normales ainsi que les accouchements et les suites de couches. Les enfants pesaient respectivement 3.520 g et 3.110 g.

Le seul trouble évoqué par cette femme est l'apparition depuis 1965 d'une sensation de corps étranger vaginal, sans pesanteur pelvienne, ni troubles urinaires, ni troubles de transit.

A l'examen sous speculum, le col descend à la vulve aux efforts de poussée.

Il existe une légère amorce de cystocèle mais pas de rectocèle.

L'utérus de volume normal est rétrofléchi, mobile et indolore.

Les releveurs sont excellents.

Le col est d'aspect normal mais présente une tache bleuâtre sur la lèvre antérieure ; il prend uniformément le lugol.

Il est décidé de ne faire qu'une amputation du col à l'exclusion de tout acte chirurgical sur le périnée antérieur et sur le périnée postérieur.

L'hystérométrie totale indique onze centimètres, la cervicométrie 4 cm.

L'amputation emportant 3 cm 1/2 du col est faite selon le procédé classique en bivalve après ligature des pédicules cervicaux. On place des points invaginants de STURMDORF antérieur et postérieur.

Les suites opératoires sont des plus simples.

.../...

L'examen anatomo-pathologique du col précise une leucoplasie cervicale sans signes histologiques de malignité.

Trois mois après, revue à la consultation, cette femme présente un minuscule orifice cervical bien cicatrisé avec une glaire claire. Sous tous rapports, l'intervention est un succès.

Trois mois plus tard, on verra à nouveau Mme C à la consultation des femmes enceintes.

Ce premier examen montre un utérus gravide rétroversé en rapport avec l'aménorrhée de 10 semaines. Le col est antérieur.

Au terme de 3 mois, le col semble court, grisâtre et dur. Par ailleurs, la grossesse se déroule normalement.

A son retour de vacances, période pendant laquelle elle a présenté des métrorragies minimales durant deux jours, on constate au speculum un moignon de col rosé dur et fermé.

Au terme de 4 mois et demi, Mme C ressent des mouvements actifs depuis 15 jours. La hauteur utérine est à 22 cm, le col semble gros, ferme et élevé. Il n'y a pas eu de nouvelles métrorragies.

Cette femme est alors vue mensuellement à la consultation. Chaque fois, l'examen montre un col bien fermé, un utérus en rapport avec l'âge de la grossesse. Les bruits du cœur sont bien perçus.

A 8 mois et demi, la hauteur utérine est à 33 cm, la tête en bas appliquée sur un segment inférieur bien formé. Le col est effacé, souple et perméable.

Dix jours plus tard, l'examen est identique hormis la hauteur utérine à 34 cm et la découverte d'un petit kyste blanc, gros comme une noisette, en avant du col.

Durant la grossesse, la prise de poids a été de 8 kg.

Le lendemain soir à 20 heures, la femme entre en travail avec des contractions toutes les dix minutes, le col effacé est dilaté à 2 cm, les membranes sont intactes, la présentation est céphalique et mobile.

A minuit, après une spasmalgine I.M., la dilatation est passée à 5 cm sous l'influence de bonnes contractions : 35 secondes toutes les 4 minutes environ. La tête est appliquée en O.I.G.P. Les membranes sont intactes, Il est alors prescrit 20 mg de Buscopan I.M.

.../...

A une heure du matin, la dilatation est à 10 cm, les membranes encore intactes, sont alors rompues artificiellement.

Les contractions sont de 50 secondes toutes les deux minutes et demi, la présentation céphalique d'O.I.G.P. a tourné en occipito sacrée. Et c'est dans cette position que la tête se dégagera après une expulsion de dix minutes.

Le travail aura duré 5 heures 40 minutes.

L'enfant, une fille d'une taille de 47 cm pesant 3.200 g criera immédiatement.

La délivrance sera naturelle et complète.

Les suites de couches seront des plus simples.

Au total Mme C 28 ans, amputée du col en Janvier 1967, se trouve enceinte en Mai 1967 et accouchera normalement au mois de Janvier de l'année suivante, juste un an après son intervention à quelques jours près.

Observation donc, du déroulement normal d'une grossesse et d'un accouchement, chez une femme ayant subi une amputation isolée du col sans colpectomie ni colporraphie.

° ° °

.../...

OBS. N°2
=====

Mme T..... 40 ans, Professeur dans un Collège, a été hospitalisée à trois reprises dans le service en l'espace d'un an; deux fois pour une intervention chirurgicale : cure de prolapsus puis cerclage en cours de grossesse et la troisième fois pour accoucher.

Si les antécédents médicaux n'offrent rien de remarquable, il n'en est pas de même des antécédents obstétricaux.

En 1957, on note un avortement spontané au terme de 2 mois 1/2 suivi d'un curetage.

En 1958, un accouchement à terme d'un garçon pesant 3.200 g extrait au forceps, s'est soldé par une déchirure périnéale dont la réfection a été immédiate mais dont l'importance est difficile à préciser. Au cours de cette grossesse, le diagnostic de béance isthmique avait été porté au 7ème mois. Son traitement avait consisté en une mise au repos complet.

En 1962, avortement tardif à 4 mois 1/2 alors que l'évolution de la grossesse était interrompue depuis 3 semaines.

Depuis son accouchement de 1958, cette femme se plaignait de douleurs et de pesanteurs pelviennes, état de chose ayant entraîné une fatigue et un amaigrissement.

Lorsqu'elle est vue en Juin 1963, il existe un prolapsus utérin du 2° degré. Pas de cystocèle ni de rectocèle. Le plancher pelvien est de qualité moyenne, l'utérus en rétroversion a une hauteur de 10 cm avec un col long de 5 cm qui sort de la vulve à la traction à la pince de POZZI.

Elle est opérée le 10 Juin selon la méthode de MANCHESTER comprenant un temps antérieur avec dissection du fascia de HALBAN et fixation à l'isthme, amputation du col de 4 cm, mise en tension en avant de l'isthme des ligaments utéro-sacrés et cardinaux, colpopérinéorraphie antérieure suivie d'une colpopérinéorraphie postérieure avec myorraphie des releveurs.

Les suites opératoires sont excellentes, tant sur le plan anatomique que sur le plan général.

Cette femme sera revue en Octobre, encinte de 2 mois, l'utérus est rétroversé mais il n'y a pas de béance du col.

Elle revient en Décembre au terme de 4 mois car des métrorragies sont apparues. A l'examen le col est très court et entrouvert.

.../...

Les métrorragies ayant cédé à la progestérone et au repos, on pratique un cerclage du col, le fil formant une bourse invaginant le bord libre du col.

Un dosage hormonal montrant une insuffisance lutéale, il est prescrit pour le reste de la grossesse un traitement par lutocycline et progestérone.

En Janvier, au terme de 5 mois 1/2, le cerclage semble bien tenir malgré une sorte de glissement au niveau de la lèvre postérieure. L'utérus est bien développé, la hauteur utérine est de 22 cm, les mouvements actifs et les bruits du coeur sont perçus.

En Février, la hauteur utérine est en rapport avec le terme de la grossesse, le col n'est pas perceptible mais le cerclage tient bien.

En Mars, examen identique ; au mois d'Avril on constate que le segment inférieur est bien formé.

La prise de poids est de dix kilos durant cette grossesse.

Mme T rentre dans le service au terme de 8 mois 1/4 avec depuis trois heures des contractions régulières, un col dilaté à 6 cm, une présentation céphalique en occipito iliaque droite postérieure.

On sectionne le fil de cerclage et en 2 h. 30, la dilatation se fait progressivement jusqu'à onze centimètres.

La poche des eaux est rompue artificiellement à 7 cm, le liquide est clair, les contractions durent 25 secondes, toutes les 3 minutes, la tête tourne en occipito pubienne.

Après épisiotomie systématique, on extrait un garçon de 2.880 g criant aussitôt.

La seule thérapeutique aura été 10 cg de spartéine intra-musculaire.

La délivrance est naturelle et complète.

L'épisiotomie est suturée en 3 plans.

Les suites des couches sont des plus normales.

Au total, il s'agit d'une femme de 40 ans qui, cinq ans après un accouchement laborieux, a subi une cure de prolapsus avec amputation du col, qui devient enceinte deux mois après l'intervention, dont la grossesse

.../...

est marquée par une insuffisance lutéale traitée et par une béance qui requiert un cerclage du col. L'accouchement, bien que prématuré à 8 mois 1/4, sera normal.

Onze mois après sa première hospitalisation, Mme T amputée, cerclée et accouchée quittera heureuse l'Hôpital et manifestera sa reconnaissance en offrant au service le Traité d'Obstétrique du Professeur LACOMME.

° ° °

OBS. N° 3
=====

Mme S 33 ans, d'origine étrangère est vue pour la première fois dans le service en 1965 au terme de trois mois.

Elle est adressée par un service de chirurgie où elle a subi il y a deux mois -donc au cours du premier mois d'une grossesse méconnue- une cure de prolapsus avec incontinence : technique de MANCHESTER avec amputation du col, une salpingectomie bilatérale y est associée dans un but contraceptif.

Son état gravidique, grossesse de un mois, a été constaté en per opératoire.

Si les antécédents pathologiques n'offrent rien de remarquable, on note dans les antécédents obstétricaux dix grossesses à un rythme d'une grossesse tous les 18 mois environ.

Les cinq premiers accouchements se sont faits à terme, les deux suivants au terme de sept mois, le huitième au terme de huit mois, les neuvième et 10ème à sept mois et demi.

Le poids des enfants s'échelonne entre 1.700 g et 2.600 g, le 10ème enfant étant le plus gros malgré sa prématurité.

Les trois premiers enfants sont décédés respectivement à 2 ans, 3 ans et 6 mois, les causes ne sont pas connues.

Les sept autres sont vivants, le neuvième est hydrocéphale.

Aucune autre précision sur ces grossesses successives, sur les accouchements et sur les suites de couches n'est connue.

A l'examen clinique de cette femme enceinte pour la onzième fois, on note un volume utérin en rapport avec une grossesse de trois mois, au toucher vaginal, le vagin est confortable, le périnée est souple, le col est court, et pour cause, et bien fermé.

Quant au résultat de la cure de prolapsus, il n'y a plus d'incontinence, mais il existe une uréthro cystocèle et une probable désunion de la colpopérinéorrophie postérieure.

Le poids de cette femme est de 45,5 Kg pour 1,54 m. Son bassin est normal.

Un nouvel examen au terme de 4 mois note une hauteur utérine à 15 cm, un utérus harmonieusement développé, au toucher vaginal : un

.../...

orifice cervical bien fermé.

Un traitement par la progestérone retard est prescrit.

A 5 mois, la hauteur utérine est de 18 cm, les mouvements actifs sont perçus, l'orifice cervical est un peu béant mais épais et résistant, la femme se plaint de douleurs abdomino-pubiennes. La progestérone est continuée.

A 6 mois, la hauteur utérine est de 23 cm, l'utérus est bien développé, de forme ovoïde, les bruits du coeur sont perçus, le col est un peu séreux, bien fermé à son orifice interne.

A 7 mois, la hauteur utérine est de 26 cm, le col est très court et ramolli, perméable au doigt à son orifice interne.

La présentation est céphalique.

La femme se plaint d'algies lombo-pelviennes aussi nombreuses que diffuses, la palpation de l'utérus n'est pas douloureuse en particulier au niveau des cornes.

On hospitalise la femme pour assurer sa surveillance ; elle pèse alors 51 Kg 800.

9 jours après son entrée dans le service à un terme de sept mois et demi apparaissent des contractions utérines, une rupture spontanée de la poche des eaux, le col est mal effacé, perméable au doigt, le dos est à gauche, le pôle céphalique est en bas, coiffé par un segment inférieur bien ample, le liquide amniotique est clair, les bruits du coeur sont bien perçus.

24 heures après, à midi les choses ont peu évolué, la dilatation est stationnaire à 2 cm, le col est épais présentant une bride circulaire, le liquide amniotique est clair, les contractions utérines, toutes les cinq minutes sont de bonne intensité avec relâchement médiocre de l'utérus dans leur intervalle. La présentation céphalique en occipito iliaque gauche antérieure est bien appliquée.

On prescrit des antispasmodiques.

A 14 heures, la dilatation est à 3 cm, la bride cervicale persiste les contractions utérines sont plus rapprochées toutes les trois minutes, le relâchement utérin est toujours aussi mauvais, les bruits du coeur sont bons.

Une demi-heure après, devant un état inchangé et une fatigue

.../...

maternelle débutante, on pose une perfusion de syntocinon de 5 unités à raison de 8 gouttes à la minute.

En une heure, la dilatation cervicale est complète, la tête est en occipito pubienne mais une bride vaginale circulaire -conséquence probable de l'intervention- empêche la descente.

Cette bride cicatricielle fibreuse est incisée au bistouri sous anesthésie générale dans sa région postéro latérale droite.

On extrait facilement par un forceps à la vulve après épisiotomie un enfant de sexe masculin pesant 2.450 g, endormi mais de réanimation facile.

La délivrance est naturelle et complète, le placenta pèse 620 g. Le travail aura duré six heures.

La réfection de l'épisiotomie est faite en trois plans.

La mère aura, durant douze jours d'hospitalisation après l'accouchement, une convalescence satisfaisante.

Il s'agit donc au total d'une onzième geste de 33 ans ayant subi au terme d'un mois, une opération de MANCHESTER avec amputation du col et salpingectomie, dont la grossesse a eu une évolution normale traitée simplement par la progestérone retard dont l'accouchement a été prématuré à 7 mois 1/2 marqué par une dystocie cervicale vaincue aisément par une perfusion de syntocinon et une bride vaginale scléreuse circulaire, en relation probable avec l'intervention et qu'il a fallu inciser.

Notons que cette observation concerne une femme qui n'a pas été opérée de prolapsus dans notre service, donc selon une technique sans doute différente.

Notons également que l'accouchement prématuré n'est pas forcément le fait de l'intervention chirurgicale puisque cette femme avait l'habitude d'accoucher prématurément.

Peut-être y avait-il là une excellente indication de cerclage du moignon de col.

° ° °

.../...

OBS. N° 4
=====

Mme B 30 ans consulte pour la première fois en Janvier 1962 pour prolapsus avec extériorisation du col.

Avant d'exposer les antécédents personnels de cette femme, il faut noter que sa mère a été opérée plusieurs fois pour prolapsus entre les âges de 35 et 38 ans et que sa soeur présente un utérus didelphe.

L'histoire de cette jeune femme commence en Novembre 1958 après un curetage succédant à une fausse couche spontanée à 2 mois 1/2.

Suit une période de stérilité dont le bilan amène à pratiquer une hystérosalpingographie l'année suivante.

Peu après cet examen radiologique, cette femme devient enceinte et accouche en 1961 d'un enfant bien portant de 3.100 g. L'accouchement se déroule normalement et facilement sans forceps, ni épisiotomie, ni complications périnéales.

Quinze jours après cet accouchement, malgré un lever précoce, Mme B présente un prolapsus utérin avec cystocèle et extériorisation du col.

Un chirurgien alors consulté, conseille de surseoir à toute intervention à cause de futures grossesses éventuelles.

Mme B devient à nouveau enceinte en Septembre 1961 et malgré toutes sortes de précautions, fait une fausse couche à trois mois en Décembre.

Cette fausse couche est curetée. Quant au prolapsus, il n'a fait que croître et embellir.

Lors de la première consultation en Janvier 1962, cette jeune femme présente une asthénie et une psychasthénie importantes, le prolapsus est du 3ème degré, le col est à la vulve, l'utérus est rétroversé, les annexes sont normales. Quant aux releveurs, le droit est inexistant, le gauche est coté 2 sur 10.

Il n'existe pas d'incontinence.

Les règles sont normales.

On pratique une hystérogaphie avec une sonde à ballonnet introduite dans la cavité utérine et dans la région cervico isthmique. Au cours de la réplétion de ce ballonnet, ce dernier se moule sur la région

.../...

cervico isthmique et corporéale. La cavité utérine est de volume normal, mais il existe par contre une nette béance cervico isthmique le col est allongé. L'orifice interne du col demeure élargi de façon permanente.

Devant cet allongement et cette béance du col, l'intervention est décidée immédiatement. Elle comportera une amputation du col, suivie d'un cerclage.

Le protocole en est le suivant :

Après dissection du fascia de Halban, fixation isthmique par un double point en paletot ; amputation "saucisson" du col sur 2,5 à 3 cm après mensuration soigneuse et repérage de l'isthme aux bougies de HEGAR la hauteur utérine était de 12 cm et la cervicométrie indiquait 5 à 6 cm.

La longueur résiduelle du col est de 2,5 cm avec conservation de l'isthme repéré par un ressaut à l'introduction d'une bougie n° 7.

Avant d'effectuer les points de STURMDORFF, on dégage la région isthmique et on effectue un cerclage au nylon crin, faufilé, serré en bourse et abandonné. Le point a été serré sur une bougie Hégar n° 5.

L'intervention se termine par un temps postérieur classique.

Trois mois après, on pratique une hystérogaphie avec opacification en vase clos par sonde à ballonnet. La cavité utérine mesurée par une sonde boutonnée est normale quant à la forme et à la capacité, le canal cervico isthmique, lui aussi normal, est continent.

Mme B est revue au mois de Juin 1962, la transformation est totale, tant sur le plan physique que psychique. Les règles sont comme auparavant ; il existe une eupareunie, il n'y a pas de pertes blanches, l'examen gynécologique est normal, l'opération est un succès total et l'on conseille une nouvelle grossesse.

Huit mois après, un examen de contrôle confirme que tout est normal.

Mme B sera à nouveau enceinte en Février 1963, soit un an après son intervention. Cette grossesse sera suivie mensuellement. En Avril 1963, au terme de deux mois, on débute un traitement par la progestérone retard qui sera poursuivi durant toute la grossesse.

En Mai, au terme de trois mois, l'évolution de la grossesse est normale, toutefois, le col est un peu ouvert, la femme ne sera pas tenue au courant de ce dernier point.

Les dosages hormonaux pratiqués sont normaux.

La grossesse continue à se dérouler normalement.

En Septembre, au terme de sept mois, Mme B se plaint de pesanteurs vulvaires, présente quelques petites pertes et une discrète albuminurie. Les bruits du coeur sont bons, les mouvements actifs sont perçus.

Le mois d'Octobre sera marqué par une petite alerte, une crise de colique hépatique ayant fait croire pendant quelques temps à une menace d'avortement. La grossesse se déroule néanmoins normalement.

En Novembre 1963, au terme de 8 mois 1/2, le fœtus est en position transversale mais se laisse verticaliser facilement, le col est effacé et admet la pulpe du doigt, les bruits du coeur sont bons et les mouvements actifs sont perçus. Il existe toujours des traces d'albumine dans les urines, la prise de poids depuis le début de la grossesse est de dix kilos.

Fin Novembre, Mme B ayant quelques douleurs sans perte des eaux, on fait une injection de 20 cg de sparteine.

A 12 heures 30, le col cerclé est effacé, la section du fil aux ciseaux sous contrôle du doigt est assez difficile.

On rompt artificiellement la poche des eaux,

- le col s'ouvre à 5 cm
- la tête reste haute et descend mal
- le col, mal sollicité par un tête mal fléchi orientée en occipito iliaque droite postérieure, se dilate assez lentement de 5 cm à complète
- la tête tend à tourner en occipito sacrée
- on installe une perfusion et on tourne la tête au doigt en occipito pubienne.

L'accouchement a lieu à 14 h. 30 après avoir pratiqué une épisiotomie. L'enfant, un garçon de 3.400 g présentant un circulaire du cordon, crie aussitôt.

- La délivrance artificielle est assez difficile en raison des conditions anatomiques. La révision utérine ne montre aucune anomalie. La femme ne présentera pas d'hémorragie.
- L'épisiotomie sera réparée au catgut, 5 agrafes seront mises sur la peau.

.../...

Quelques questions peuvent se poser après cet accouchement qui a paru difficile :

La tête est restée longtemps élevée : est-ce à cause du circulaire ou de la présentation de la tête en droite postérieure mal fléchie, ou bien d'une difficulté du mécanisme obstétrical causée par la périnéorraphie antérieure plus que par l'amputation ?

Cette constatation amènera l'opérateur à discuter la seule amputation dans un cas analogue, sans faire systématiquement de fixation isthmique. Le résultat de l'amputation modérée du col est jugée satisfaisante et l'on s'en tiendra là ultérieurement.

Il est à noter qu'au cours des efforts expulsifs, la paroi vaginale postérieure, semblant décollée, se propulse et est refoulée en pont au-dessus de la fourchette ; cela donne au début l'aspect d'une lèvre postérieure du col exhubérante.

Deuxième série de questions que l'on est amené à se poser :

Le col restant fixé à 5 à 8 cm, la dilatation complète tardant à s'effectuer, relativement toutefois puisque Mme B a accouché en deux heures, il a fallu la compléter au doigt, sous efforts expulsifs en dilatant plus ou moins le col. ✓

Le retard relatif de la dilatation du col peut être imputé à 4 causes :

- soit être le fait de l'amputation du col,
- soit être la conséquence d'une tête haute, mal appliquée, mal orientée, mal fléchie,
- soit tenir à la cicatrice de la périnéorraphie antérieure,
- soit peut-être parce que le travail a été déclenché un peu avant terme.

Tout peut-être aurait été plus facile si le travail avait évolué spontanément.

Mme B est revue au mois de Janvier 1964, quinze jours après le retour de ses couches, en excellent état général.

Le périnée donne une très bonne sensation de solidité. Il n'y a pas de pertes blanches, les rapports sexuels n'entraînent aucune douleur, le retour de couches a été d'abondance normale, a duré cinq jours et a été indolore.

L'utérus bien involué est en antéversion, le col reste haut, sans

tendance à descendre.

Il existe un léger déroulement de la muqueuse vaginale antérieure et postérieure n'entraînant pas de signes fonctionnels.

La fonction urinaire et le transit intestinal sont normaux.

On pratique une hystérogographie en Mars 1964 ; celle-ci montre une cavité utérine basculée, de volume normal sans aucune anomalie des contours.

Cet examen nous confirme dans l'idée de ne faire seulement qu'une amputation du col dans les cas de prolapsus chez la jeune femme ; le dystocie venant probablement plus de la périnéorraphie antérieure que de l'amputation (cf. observation 1 - amputation isolée).

On reverra Mme B en Décembre 1964 pour un contrôle systématique :

Les règles sont régulières, six jours tous les 28 jours, non douloureuses.

Il n'existe pas de sensation de prolapsus à l'examen la statique pelvienne est parfaite, il n'y a pas de pertes. Mme B ayant un garçon et une fille, ne désire plus d'enfant après cette deuxième grossesse.

A partir de Février 1965 des règles allongées, précédées de pertes durant plusieurs jours, font prescrire un traitement par les oestroprogestatifs durant trois mois.

En Février 1966, Mme B consulte à nouveau pour les mêmes raisons. L'examen gynécologique constate une excellente statique pelvienne. Les oestroprogestatifs sont repris pour une durée de cinq mois.

En Juillet 1966 force est de constater que le traitement hormonal est sans action sur les pertes prémenstruelles qui s'étalent sur huit jours.

A l'examen, l'utérus est antéversé et en bonne position les périnéas antérieurs et postérieurs sont excellents, la statique périnéale est parfaite.

Mme B est revue en Janvier 1967 et devant les mêmes troubles, on prescrit un oestroprogestatif plus faiblement dosé, cette fois-ci avec succès.

Les pertes prémenstruelles réapparaissent dès l'arrêt du traitement qui est repris en Décembre 1967. On constate à cette dernière

....

consultation une petite protrusion vésicale ne se traduisant par aucun symptôme fonctionnel.

Au total, il s'agit d'une jeune femme de 30 ans, curetée en 1958 après une fausse couche spontanée, ayant accouché normalement en 1961 d'un enfant de 3.100 g, et qui a présenté un prolapsus utérin du 3ème degré dans les suites immédiates ; nouvelle fausse couche curetée en Décembre 1961, tout ceci ayant un retentissement important sur l'état général et sur le psychisme. Une hystérogrophie montre une insuffisance cervico isthmique et un allongement du col. On pratique alors une amputation du col suivie d'un cerclage per opératoire avec périnéorrhaphie antérieure Halbano-fixation et colpoperinéorrhaphie postérieure.

Un an après l'intervention débute une grossesse qui se déroulera normalement, l'accouchement sera simple malgré quelques difficultés de dilatation, à mettre probablement plus sur le compte de la périnéorrhaphie antérieure que sur celui de l'amputation du col.

L'évolution suivie depuis 1963 jusqu'à cette année 1969 montre l'excellence du résultat.

On peut remarquer deux choses :

- 1°/ L'avortement à 2 mois 1/2 a eu lieu avant l'opération périnéale, La responsabilité de celle-ci aurait sans doute été mise en cause si cet avortement avait eu lieu après l'opération.
- 2°/ L'accouchement par les voies naturelles n'a pas été très facile bien que le travail ait évolué assez vite.
Il a fallu à l'accoucheur une certaine volonté, sans témérité toutefois, pour jouer la voie basse. Peut-être le fait que l'accoucheur avait été aussi l'opérateur du prolapsus a-t-il aidé à prendre la décision de la voie basse. Un accoucheur non informé de l'intervention antérieure aurait sans doute césarisé dans le double but d'éviter un accident et une récidive.

OBS. N° 5
=====

Madame M , née en 1924.

Il s'agit d'un cerclage de l'isthme chez une femme enceinte de un mois, ayant subi antérieurement une amputation du col. Accouchement à terme.

Voici la succession chronologique des antécédents :

- Règles normales.
- 1948 : Avortement à un mois de grossesse, curetage ;
- 1949 : Résection de l'ovaire droit - appendicectomie et fixation du caecum ;
- 1951 : Accouchement à terme, d'un enfant pesant 3.400 g ;
- 1956 : Découverte d'une épithélioma pré-invasif par un frottis de dépistage ;

Amputation supra vaginale du col.

Vérification par des coupes en série du stade pré-invasif du cancer.

- 1957 : Avortement spontané à 5 mois 1/2, rapide, peu douloureux, d'un fœtus vivant.
- 1958 : Cerclage isthmique, à 6 semaines d'une nouvelle grossesse, dont voici le compte rendu opératoire :

"Incision frontale en avant du col après avoir saisi celui-ci avec des pinces de

"Pozzi, mordant le muscle.

"Refoulement de la vessie.

"Passage en 6 fois d'un cride Florence dans le tissu isthmique périphérique

"mais toujours en plein muscle utérin.

"Nouage en avant.

"Deux catguts sur la muqueuse. "

- 1958 : Une 4ème grossesse se déroule sans incident.

La patiente reste au lit dans les derniers mois.

Il est convenu d'accoucher cette femme 15 jours avant terme.

Entrée en clinique le 25 Novembre à 8 heures.

La section du fil de cerclage entraîne instantanément l'ouverture de l'orifice utérin jusqu'à petite paume.

Rupture artificielle des membranes.

.../...

La tête est en droite postérieure à la partie haute de l'excavation.

Installation d'une perfusion de Syntocinon.

L'orifice utérin paraît fixé à petite paume par une réaction cicatricielle. En réalité, la présentation haute et mal fléchie sollicite mal le col. Cette relative dystocie orificielle est vaincue après 3/4 d'heure de perfusion.

Et la femme accouche spontanément, deux heures après son arrivée à la clinique, d'un enfant de 2.800 g. en bon état et actuellement bien portant.

Révision utérine pour constater l'intégrité de l'utérus.

Au total, il s'agit d'une femme de 32 ans, ayant subi une amputation du col pour épithélioma in situ, qui, un an après cette intervention fait un avortement spontané à 5 mois 1/2, que l'on cerclage l'année suivante, à la sixième semaine d'une nouvelle grossesse, dont le déroulement sera normal ainsi que l'accouchement.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres. On peut d'abord admettre que la grossesse qui a suivi l'amputation du col s'est interrompue en raison de la béance isthmique, secondaire à cette amputation.

L'avortement à 5 mois 1/2, rapide et peu douloureux, avec fœtus vivant, constitue un premier argument de valeur. Le fait qu'une nouvelle grossesse ait évolué jusqu'à terme peut légitimement être mis à l'actif d'un cerclage effectué au début du 2ème mois. Une preuve de valeur est fournie de plus par la manière dont cette femme a accouché. En effet, la section du fil de cerclage avant terme et avant tout début de travail, a suffi pour obtenir instantanément une dilation presque complète.

Cette observation a le mérite d'autre part, de montrer que la section du col n'entraîne pas toujours une dystocie invincible au moment de l'accouchement.

Le cerclage isthmique se révèle donc un moyen efficace pour qu'une femme amputée du col puisse mener sa grossesse à terme.

De cette observation peuvent être rapprochées trois observations de M. PALMER, concernant trois femmes dont l'histoire clinique est absolument superposable et qui accouchèrent normalement.

M.MOULONGUET, lui, rapporte le cas d'une femme qu'il a traitée pour une métaplasie du col histologiquement inquiétante, par une amputation du col à l'âge de 40 ans.

Quelque temps après, cette femme, qui, jusqu'alors, n'avait jamais réussi à avoir d'enfant, est devenue enceinte et a accouché simplement par la

.../...

suite.

D'autres auteurs (U. S. A.) ont publié également des observations de stérilité traitée avec succès par amputation subtotale du col. (J. CORBIT, CHAMBLIN, CHASTENEY - Hôpital de PHILADELPHIE).

o
o o

.../...

OBS. N° 6
=====

Madame BONN...., née en 1925.

Il s'agit d'une femme aux nombreux antécédents dont voici la succession chronologique.

- 1954 : Césarienne après échec d'un déclenchement ;
- 1961 : Accouchement normal avec forceps et déchirure périnéale ;
- 1962 : Fausse couche spontanée à deux mois non curetée ;
- 1963 : En Avril, fausse couche spontanée à 2 mois 1/2, suivie d'un curetage ;
En Septembre, fausse couche spontanée à 2 mois 1/2, non curetée ;
- 1964 : En Janvier, amputation du col pour déchirure en bivalve, cicatrice douloureuse, dystrophie, infection, fatigue et dyspareunie ;

- Hystérométrie : 9 cm 1/2
- Cervicométrie : 3 cm 1/2
- Amputation de 2 cm du col
- Hystérométrie en fin d'intervention : 7 cm 1/2
- La technique utilisée pour recouvrir le moignon est la technique de STURMDORF
- Les suites sont normales
- Les résultats fonctionnels sont excellents, sans leucorrhée, fatigue ni dyspareunie.

En Décembre, fausse couche due à une rétention d'oeuf mort, prouvée par l'effondrement des dosages biologiques et évacué par curetage le 12 Décembre 1964.

- 1965 : Fausse couche. Evacuation spontanée d'un oeuf mort au terme d'un mois et demi.
- 1969 : Césarienne systématique à trois semaines du terme.

Cette grossesse a eu une évolution normale, l'enfant, pesant 2.500 g a eu un A.P.G.A.R. à 10. Il est bien portant actuellement.

Ligature des trompes.

- Au total :

AVANT L'AMPUTATION :

- 1 Césarienne, enfant bien portant

.../...

- 1 accouchement par forceps : enfant bien portant
- 3 fausses couches spontanées à 2 mois environ

APRES L'AMPUTATION :

- 2 fausses couches précoces
- 1 grossesse terminée par césarienne, enfant bien portant.

On peut remarquer que :

- 1°/ L'amputation du col n'a pas modifié la fécondité, la première grossesse a eu lieu quelques mois après l'amputation.
- 2°/ Les fausses couches, qui se répartissent en deux groupes : trois avant, deux après amputation, sont probablement des fausses couches relevant de causes génétiques sans que l'on puisse en apporter la preuve histologique, mais la clinique ne présentait pas de caractère pouvant incriminer l'amputation.
- 3°/ La meilleure preuve est la grossesse ayant évolué près du terme avec enfant vivant. La césarienne a été systématique en raison de l'âge et de la nécessité de pratiquer une ligature des trompes.

o
o o

OBS. N° 7
=====

Mme L 33 ans, employée de bureau, est vue en Décembre 1964 pour allongement hypertrophique du col.

Cette femme ne présente aucun antécédent médical particulier, elle est réglée normalement depuis l'âge de douze ans. Elle n'a pas d'enfant.

Cet allongement hypertrophique du col sera découvert au cours d'une fausse couche spontanée.

Mme L est en effet, devenue enceinte en Avril 1964. Au terme de trois mois, cette grossesse est menacée par des métrorragies tantôt discrètes, tantôt abondantes accompagnées de douleurs. A l'examen, le médecin traitant note un allongement du col. Un traitement hormonal n'empêche pas la fausse couche de se produire en Septembre. Un curetage est pratiqué.

Depuis cette date, le col apparaît à la vulve au moindre effort et entraîne une gêne à la position assise.

Il n'existe pas de troubles urinaires.

A l'examen, la vulve est normale, le col est très long, mesurant 7 cm, il n'y a pas de cystocèle ni de rectocèle. L'hystérométrie est de 12 cm, la cervicométrie de 7 cm, l'utérus de volume normal est très mobile. Les annexes sont normales ; il existe une leucorrhée abondante.

Il n'y a pas de béance isthmique à l'hystérographie, la bougie n° 6 pénètre, non la n° 8.

L'intervention est décidée et on ampute 5 cm de col. Le col est recouvert par 4 points de STURMDORF.

L'hystérométrie en fin d'intervention est de 7 cm.

L'examen hystologique ne décèle aucun signe de malignité. En surface l'exocol est leucoplasique avec maturation dyskératosique. Il existe une fibrose marquée du chorion.

Les suites opératoires sont normales.

Mme L ne deviendra enceinte qu'en Février 1966, treize mois après son intervention.

.../...

Sa grossesse se déroulera normalement jusqu'au 7ème mois où une césarienne devra être pratiquée pour dystocie dynamique au cours d'un accouchement prématuré. L'enfant ne survivra que quelques heures.

Au total, il s'agit d'une jeune femme de 33 ans chez qui on découvre, après une fausse couche, un allongement hypertrophique du col traité par une amputation. La grossesse survenue treize mois après l'intervention s'est terminée par un accouchement prématuré au terme de 7 mois nécessitant une césarienne pour dystocie dynamique.

° ° °

.../...

OBS. N° 8
=====

Mme BOIS - 37 ans.

Césarienne au terme de 8 mois, chez une multipare après amputation du col.

Antécédents :

- 1951 : accouchement normal à terme, d'une fille de 4.540 g
- 1953 : accouchement normal à terme, d'un garçon de 4.550 g. Apparition d'un prolapsus
- 1960 : accouchement normal à terme d'une fille de 3.950 g
- 1961 : amputation du col - périnéorraphie antérieure et postérieure.

Compte rendu opératoire : Amputation du col (Op : M. JAMAIN)
Périnéorraphie antérieure

Incision de la paroi antérieure du vagin.

Décollement vagin vessie aisé.

Section des piliers de la vessie.

Incision circulaire du col utérin, aisément extériorisable.

Ligature des pédicules latéraux et postérieurs.

Amputation du col après dilatation aux bougies.

Un point de STURMDORF sur la lèvre postérieure du col.

Un catgut est placé en dessous de l'urètre, prenant appui de chaque côté sur les tissus avoisinants le bord inférieur de la branche ischio pubienne.

Solidarisation des pédicules utérins latéraux et postérieurs en dessous de la vessie.

Point en U sur la muqueuse vaginale antérieure.

Point de STURMDORF sur la lèvre antérieure du col.

Périnéorraphie postérieure :

- Hystérométrie avant l'intervention 9 cm
- Cervicométrie 3,5 cm
- Amputation du col 3 cm
- Hystérométrie après l'intervention 6 cm.
- Octobre 1962 : grossesse au terme de 5 mois
- Novembre 1962 : grossesse de 6 mois, "col" court, fermé très cicatriciel.
- 12 Janvier 1963 : entre au terme de 8 mois pour contractions utérines

.../...

- 13 h. col effacé, bridé, dilaté à 3 cm, poche des eaux rompue
- 14 h. 20 mg de BUSCOPAN et 15 cg de Spartéine
Contractions utérines de 40 s. toutes les 4 minutes
- 18 h. col oedématié à 4 cm,
Pourtour orificiel rigide.
- 18 h. 30 Accouchement par césarienne d'une fille de 3.130 g
criant aussitôt.

Echec de l'accouchement par voie basse pour orifice cervical rigide, contractions utérines inefficaces et fatigue maternelle importante

° ° °

.../...

OBS. N° 9
=====

La première fausse couche de cette statistique concernait Mme M (observation n° 5) qui avant de mener une grossesse au terme de 8 mois 1/2, présenta un avortement spontané à 5 mois 1/2.

La deuxième fausse couche concerne Mme E.S.P. qui subit une amputation du col en Novembre 1965 après la découverte d'un épithélioma in situ du col.

Elle devint enceinte en Avril 1966.

Cette grossesse normale jusqu'à 3 mois 1/2 se termina brutalement par un avortement spontané non cureté.

Elle fut hystérectomisée en Juillet 1968 en dehors du service et pour une raison qui nous est inconnue.

° ° °

.../...

III.- AMPUTATIONS du COL EFFECTUEES ces DERNIERES ANNEES
DANS le SERVICE de Mr. le Pr. Agr. E. HERVET SUR DES
FEMMES SUSCEPTIBLES de DEVENIR ENCEINTES -

Ces amputations, au nombre de 25, se répartissent de la façon suivante :

- 17 ont été motivées pour un prolapsus ;
- 4 ont été motivées pour un épithélioma in situ ;
- 4 ont été motivées pour une dystrophie du col.

Sur ces 25 femmes, 9 devinrent enceintes, l'une deux fois, une autre trois fois, ce qui nous donne 12 grossesses au total.

Nous ne tiendrons pas compte des 2 fausses couches de l'observation n° 6 et nous nous en expliquerons plus loin.

Donc au total sur 10 grossesses :

- trois parvinrent à terme et accouchèrent par voie basse ;
- quatre accouchèrent prématurément :

- . une femme accoucha à 7 mois 1/2
- . une femme accoucha à 8 mois 1/4
- . une fut césarisée à 8 mois 1/3
- . une fut césarisée à 7 mois
- . une fut césarisée à 8 mois

Il y eut 2 fausses couches spontanées, une au terme de trois mois, l'autre au terme de 5 mois 1/2.

Le prématuré de 7 mois n'ayant vécu que quelques heures, ces 10 grossesses ont eu pour résultat 7 enfants vivants et bien portants.

Ces résultats sont schématisés dans le tableau suivant :

	Amputation du col pour prolapsus	Amputation du col pour épithélioma in - situ	Amputation du col pour dystrophie
Nombre de femmes opérées susceptibles de devenir enceintes	17	4	4
Age des femmes au jour de l'opération	entre 24 et 42 ans	40 ans	40 ans
Nombre de femmes enceintes	6	2	1
Nombre de femmes ayant mené une grossesse à terme	2	1	0
Nombre de femmes ayant accouché avant terme	2	0	0
Nombre de femmes césarisées	2	0	1
Nombre de fausses couches spontanées	0	2	2
Nombre d'enfants vivants et bien portants	5	1	1

OBS	Antécédents	Cause de l'intervention	Type de l'intervention	Fausse couches	Accouchement	Particularité
1 C...	2 grossesses normales	descente du col à la vulve	amputation isolée du col	0	à terme par voie basse en 5 h 40'	
2 T...	1 FC spont. à 2 mois 1/2 1 accouchement à terme Béance isthmique - 1 FC à 4 mois 1/2	prolapsus du 2ème degré	Manchester	0	à 8 mois 1/4 par voie basse en 2 h 30 '	Cerclage du col à 4 mois
3 S...	5 acc. à terme 2 acc. à 7 mois 1 acc. à 8 mois 2 acc. à 7 m 1/2	Prolapsus	Manchester + Salpingectomie	0	à 7 mois 1/2 par voie basse en 6 h	Opérée dans un autre service alors qu'elle était enceinte d'1 mois
4 B...	1 FC spont. à 2 mois 1/2 1 FC spontanée à 3 mois	Prolapsus	Périnéorraphie antérieure Halbano fixat. amputation du col Colpopérinéorraphie postérieure		à terme par voie basse	Cerclage per - opératoire
5 B...	1 FC à 1 mois 1 accouchement à terme	épi. in situ	amputation isolée du col	avort. spont. à 5 m 1/2	à terme par voie basse en 2 heures	Grossesse cerclée à six semaines
6 BON.	1 Césarienne 1 accouchem. normal 3 FC à 2 mois	déchirure du col en bivalve - cicatrice doul. - dystrophie infection dyspareunie	amputation isolée du col	2	Césarienne systématique à 8 mois 1/3	Les 2 F. C. ne sont pas à mettre sur le compte de l'amputation du col
7 L...	1 FC à 3 mois	Descente du col à la vulve	amputation isolée du col	0	Césarienne à 7 mois pour dystocie dynamique	Grossesse non suivie dans le serv. et césarisée en dehors du service
8 BOI.	3 accouchements à terme	Prolapsus	Manchester		Césarienne à 8 m. pour dystocie "cervicale"	
9 E...		épi. in situ	amputation isolée du col	1 FC spont. à 3 mois		Hystérectomie 3 ans après l'amputation du col

Ces résultats intéressants (7 enfants vivants, bien portants, pour 10 grossesses, avec seulement deux césariennes dont l'une (Observation n° 7) a été pratiquée en dehors du service), sont en partie dus au fait que pour 7 des 8 grossesses ayant évolué à terme ou près du terme, ce fut le même médecin qui opéra et qui accoucha. Il est bien évident que d'une façon plus générale, dans un cas comme celui de l'Observation n° 4, un accoucheur non informé de l'intervention antérieure aurait eu tendance à césariser.

Pour ce qui est des deux fausses couches des Observations n° 5 et n° 8, il semble bien que ce soit la béance isthmique secondaire à l'amputation qui soit à incriminer.

Cela est pratiquement sûr pour la fausse couche à 5 mois 1/2 d'un fœtus vivant de l'Observation n° 5. Une nouvelle grossesse ayant évolué à terme après cerclage du col.

Pour la 2ème fausse couche (Observation n° 8) où l'on manque d'éléments d'information, on sait seulement qu'elle se déroula brusquement et sans problème puisque la femme ne fut ni curetée ni même hospitalisée. Peut-être s'agissait-il de l'expulsion d'un œuf mort, peut-être s'agissait-il d'une béance isthmique ?

Quant à l'Observation n° 6, cette femme a bien présenté deux fausses couches après amputation du col (elle en avait d'ailleurs eu trois avant l'amputation), mais elles se sont produites après un effondrement des dosages hormonaux et la grossesse ultérieure, qui a évolué près du terme, prouve raisonnablement qu'une béance du col ne pouvait en être la cause.

En résumé on peut, à juste titre, retrancher ces deux fausses couches de l'Observation n° 6, ce qui nous donne bien 8 grossesses sur 10 ayant évolué à terme ou près du terme, et 7 enfants vivants.

o
o o

Dans les deux Chapitres suivants, nous ferons la revue des opposants et des partisans de la grossesse après amputation du col.

Nous y analyserons leurs divers arguments quant à :

A. - La stérilité

B. - La fréquence des avortements spontanés
des accouchements prématurés,

C. - La dystocie du travail.

Nous y présenterons également quelques revues statistiques.

IV. - LES OPPOSANTS. -

A. - La première mise en accusation, la moindre il est vrai, de l'amputation du col, concerne le problème de la stérilité.

LEONARD en 1914 insiste sur la fréquence de la stérilité consécutive à cette intervention.

HUNTER, MAXWEL et GREEN ARMYTAGE publièrent en 1951 une statistique concernant 857 amputations hautes du col ; 257 intéressaient des femmes de moins de 40 ans, donc susceptibles de devenir enceintes. Ils constatèrent 33 grossesses, ce qui donne un taux de fécondité de 12,8 %. Ce taux a d'ailleurs peu de signification, mais permet de tenter de comparer les statistiques.

Trois ans plus tard, en 1954, ils publièrent 230 nouveaux cas d'amputation du col ; 28 concernaient des femmes de moins de 40 ans dont 8 utilisaient des moyens de contraception ; seulement 20 étaient donc susceptibles de devenir enceintes, ce qui d'ailleurs ne signifie pas qu'elles désiraient une grossesse, 2 le furent réellement, ce qui donne un taux de fécondité de 10 %.

CHEVALLIER GUY dans sa thèse sur les suites opératoires des amputations du col rapporte une des dernières publications de HUNTER, où ce dernier insiste sur la fréquence des stérilités après amputation. Sur 1.450 malades dont 330 furent suivies régulièrement, il n'a observé que 3 grossesses, alors que 32 femmes étaient en âge d'être enceintes. Une seule grossesse aboutit à la naissance d'un enfant vivant.

Ces trois statistiques concernent des amputations hautes du col. Rapportons tout de suite deux autres citées dans la thèse d'ANGER (1961) concernant des amputations basses.

.../...

Celle de SOVAK qui pratiqua 90 amputations basses sur des femmes dont l'âge était compris entre 20 et 40 ans. Il constata 37 grossesses dans l'année qui suivit l'intervention. 29 des 53 autres femmes utilisaient un moyen contraceptif.

Celle de MOORE qui publia en 1940, 179 amputations basses sur des femmes susceptibles de devenir enceintes, sans donner de précision sur leur âge ; il constata 63 grossesses dans l'année qui suivit l'intervention.

A première vue, il est évident que les chiffres donnés par HUNTER, MAXWEL et GREEN ARMYTAGE dénotent un faible nombre de grossesses.

Nous verrons dans le chapitre suivant ce que l'on peut en penser.

B. - Le deuxième reproche, beaucoup plus important celui-là, fait couramment à l'amputation du col, c'est d'être une grande dispensatrice d'avortements spontanés et d'accouchements prématurés.

Ces deux griefs ont fait couler et feront, probablement encore, couler beaucoup d'encre.

Nous jugeons bon de faire un bref rappel historique de la position de quelques auteurs sur ce sujet.

AUDEBERT en 1898, GUIBOUT en 1900, l'un et l'autre exprimant l'opinion de PINARD dans leurs thèses, considèrent que l'amputation du col est bien souvent suivie, d'avortements, d'accouchements prématurés et de dystocies simples ou graves.

Beaucoup d'auteurs français, dans les années qui suivirent, en restèrent aux conclusions de PINARD : " les avortements et accouchements prématurés grèvent lourdement l'avenir obstétrical et si la grossesse évolue à terme, on a parfois des dystocies, simples ordinairement, graves dans quelques cas, ou même, troubles pouvant entraîner la mort de la mère et de l'enfant " (GUIBOUT thèse).

° ° °

.../...

AVORTEMENTS et ACCOUCHEMENTS PREMATURES

APRES OPERATION de SCHROEDER

(1898 - 1900)

AMPUTATION BASSE du COL

AUTEURS	Nombre de grossesses	Avortements	Accouchements prématurés	Accouchements à terme
PINARD AUDEBERT	24	10	9	5
PINARD GUIBOUT	24	5	9	10
LEPAGE	4	0	2	2
DOLERIS BERNHEIM	46	4	5	37
DUCASSE	25	2	0	23
CHALEIX-VIVIE	23	0	4	19
TOTAL	146	21	29	96
% par rapport au nombre de grossesses		14 %	19 %	67 %

Aux U.S.A., LEONARD en 1913 et STURMDORF en 1916 tirent de leurs études des conclusions obstétricales défavorables et proposent une technique d'amputation conoïde qui préserve les fibres musculaires périphériques.

Voici d'ailleurs les statistiques de LEONARD dont 14 femmes sur 109 devinrent enceintes après amputation du col et eurent 32 grossesses.

14 CAS	Nombre de grossesses	Avortements	Accouchements prématurés	Accouchements à terme
AVANT OPERATION	52	12 soit 23 %	1 soit 2 %	39 soit 75 %
APRES OPERATION	32	11 soit 35 %	6 soit 19 %	14 soit 45 %

RAWLS en 1921 aboutit aux mêmes conclusions. FRANCK, HUNTER, WILLIAMS, BONNEY, PHANREUF, TE LINDE s'accordent à reconnaître les conséquences obstétricales néfastes de l'amputation du col chez la femme jeune et plusieurs d'entre eux préconisent d'y associer systématiquement une stérilisation.

On a déjà vu dans le premier tableau de statistiques, combien les pourcentages variaient (cf. statistiques de PINARD et de DOLERIS par exemple).

PINARD toutefois nuançait le problème ; en effet, pour lui, les amputations hautes du col à la manière de HUGUIER provoquent d'ordinaire des accouchements prématurés alors que les amputations basses type SCHROEDER influencent peu la durée de la grossesse.

AMPUTATIONS HAUTES du COL

AUTEURS	Grossesses	Avortements	Accouchements prématurés	Accouchements à terme	Termes non précisés
LEONARD 1913	32	11	6	14	1 non accouchée
MAIER THUDIUM 1932	14	1	0	13	
WILLIAMS 1942	49	20	8	13	4 avort. thérapeutiques 4 non accouchées
TOTAL	95	32	14	40	9
% par rapport au nbre de grossesses		34 %	15 %	42 %	9 %

HUNTER reprenant les statistiques du 14ème congrès anglais de gynécologie et obstétrique y trouve un pourcentage tout à fait anormal d'avortements, d'accouchements prématurés et d'accouchements hémorragiques.

Pour les grossesses évoluant à terme, il note :

- 18 % de césariennes
- 18 % de morts foetales.

Il conclut à la nécessité de ne pas laisser ces femmes accoucher par voie basse.

MAGENDIE est défavorable à la triple opération périnéale chez la femme jeune et conseille la césarienne en cas de grossesse ultérieure.

En 1956, RIVIERE, CHASTRUSSE, MORIN et SALLES étudient 17 grossesses survenues chez 11 femmes après amputation du col :

- 3 SCHROEDER
- 4 STURMDORF
- 4 opérations de techniques non précisées.

Sur ces 17 cas :

- 8 avortements
- 6 accouchements prématurés dont 2 survivants
- 3 accouchements à terme.

Dans l'ensemble, 5 césariennes dont une à terme et 4 prématurés.

Résultats certes peu encourageants, si l'on ajoute que ces femmes ont eu, avant l'opération, 26 enfants vivants pour 26 grossesses. Et l'on comprend que MAHON puisse écrire : "l'opération redoutable par excellence est l'amputation du col ... Quelles que soient les précautions prises, et on ne peut concilier l'amputation haute et le bon pronostic obstétrical". (Encyclopédie médico-chirurgicale 1960).

RIVIERE concluait son article par la phrase de MAGENDIE : "jusqu'à plus ample informé, pas d'amputation du col chez les femmes jeunes".

L'école bordelaise a toujours redouté les conséquences obstétricales des interventions périnéales, prolapsus, et amputations du col surtout.

La thèse d'HASSAN TAHIRI (1962) inspirée par le Professeur CHASTRUSSE fait état de 22 observations d'amputation du col suivies de grossesse : "les résultats du point de vue obstétrical sont suffisamment

.../...

déplorables pour condamner l'amputation du col" précise l'auteurs dans ses conclusions.

Dans cette thèse l'auteur se fait l'écho d'une communication de BURGHANDT (GEBURTH FRAUENHEILK 1961) : sur 50 grossesses suivies après amputation ou conisation du col, 26 seulement sont menées à terme, soit 52 %.

La proportion des accouchements prématurés est de 20 % et celle des avortements de 26 %.

De même, il rapporte l'expérience de JB. ORR (AMERICAN JOURNAL OF GYNECOLOGY AND OBSTETRIC, Sept 1961) concernant 122 femmes opérées à l'hôpital royal de DUBLIN, entre 1951 et 1956, dont l'âge est inférieur à 40 ans, et qui ont subi l'opération de FOTHERGILL

Les résultats sont schématisés dans le tableau suivant :

Auteurs	Nombre de cas opérés	Nombre de grossesses	Nombre d'avortements	Nbre d'accouché prématurés	Nbre d'accouché à terme
ORR 1961	62	12	4	2	
BURGHANDT 1961		50	13	10	
Thèse de TAHIRI 1962	22	36	16	7	6

En outre, la thèse de TAHIRI apporte un élément très intéressant ; à savoir que 16 avortements constatés intéressaient 6 femmes au total dont 5 n'avaient subi qu'une amputation isolée du col ; ce qui tendrait à prouver que dans le déterminisme de l'avortement chez les femmes opérées de prolapsus, seule intervient l'amputation du col. Et par voie de conséquence, que l'amputation isolée du col a valeur de démonstration en cas de succès.

Monsieur le Professeur VARANGOT, dans un article de la Presse Médicale relatif à 58 observations d'épithélioma intra-épithélial du col utérin, écrit à propos de l'amputation supra-vaginale : "Elle enlève tout le canal cervical et donne une sécurité pour l'avenir. Toutefois, si elle conserve la fonction menstruelle, elle constitue un handicap certain pour les grossesses à venir car elle est souvent suivie d'avortements spontanés.

.../...

Trois de nos malades ayant subi une amputation supra-vaginale du col sont devenues enceintes, mais l'oeuf a été expulsé vers le 4ème mois de la grossesse".

Monsieur le Professeur THOYER-ROZAT considère que la grossesse n'est plus souhaitable chez les femmes qui ont subi une amputation du col pour prolapsus et y associe une stérilisation.

Monsieur le Professeur MUSSET pense que : "l'avenir obstétrical des opérées de prolapsus génital ne présente guère d'intérêt car, d'une part, l'intervention peut compromettre la bonne évolution de la grossesse et, d'autre part, l'accouchement par les voies naturelles met également en péril la qualité des résultats de l'intervention réparatrice."

Lorsque les malades sont encore en âge d'être enceintes, il ne les opère donc que si elles ne désirent plus d'enfants et pratique alors systématiquement une stérilisation tubaire (LAMY thèse).

GRANJON et CHEVALIER, en entrevoyant les conséquences obstétricales de l'amputation du col dans les métrites cervicales chez les femmes jeunes, pensent que l'indication ne peut être raisonnablement envisagée qu'à partir d'un certain âge où les chances de reproduction sont minimales ou physiologiquement érudées.

RAMBAN dans sa thèse exclut systématiquement l'amputation du col de la chirurgie du prolapsus de la femme jeune.

D'autre part, FISCHER qui a trouvé sur 30.000 grossesses du SAINT-AGNES HOSPITAL, 7 observations d'amputation du col, aboutit à des conclusions voisines de celles de RIVIERE qui se chiffrent globalement par 78 % de grossesses terminées avant terme et 22 % de grossesses à terme. Mais FISCHER ne donne aucune précision sur la technique opératoire. Nous savons seulement qu'il ne s'agit pas d'opération de STURMDORF.

CHEVALIER dans sa thèse, sur 250 amputations du col, rapporte 5 grossesses sur 22 femmes susceptibles de devenir enceintes.

En effet, sur ce grand nombre d'amputations :

- 44 seulement concernaient des femmes non ménopausées ;
- 24 étaient âgées de moins de 40 ans ;
- 2 avaient subi une ligature des trompes.

Trois femmes firent un avortement spontané au 3ème mois. Une âgée de 41 ans, ayant subi une amputation du col pour un prolapsus survenu après 4 accouchements, présenta une grossesse qui évolua

.../...

jusqu'à terme malgré une béance isthmique incontestable. Une césarienne à terme fut pratiquée en raison des antécédents particulièrement chargés de la malade.

Quelle peut être la pathogénie probable ou plus simplement les mécanismes possibles d'avortement spontané ?

Au premier chef, la béance cervico-isthmique. Elle est indubitable, dans de nombreux cas. Elle est plus fréquente chaque fois qu'il y a eu amputation sus sphinctérienne.

TAHIRI dans sa thèse parle de : "béance d'un type spécial, le type parfait de la béance provoquée dans laquelle l'utérus, à la fois incontinent et irrité par la grossesse qui évolue, manque de tissu pour une expansion naturelle et préfère expulser son contenu".

Une deuxième cause peut être invoquée à la rupture des membranes par fragilisation. En effet, l'amputation du col supprime bon nombre de glandes cervicales, empêchant la formation du bouchon muqueux, favorisant ainsi l'infection et ainsi la fragilisation et la rupture des membranes.

Une troisième cause peut être trouvée dans l'adhérence anormale au niveau du pôle inférieur de l'oeuf par manque de sécrétion muqueuse.

La cicatrice cervicale, enfin, pourrait jouer le rôle d'épine irritative, créant une zone réflexogène source de contractions utérines intempestives.

Tous ces mécanismes peuvent s'associer, des contractions utérines pouvant rompre, soit des membranes adhérentes, leur potentiel d'élasticité dépassé, soit des membranes fragilisées par l'infection.

C.- Lorsque l'on aborde le problème de la bonne ou de la mauvaise marche de l'accouchement, les opinions sont moins tranchées.

Toutefois, pour PINARD et AUDEBERT, la situation n'offre aucun doute, l'amputation du col est source de dystocie cervicale et de drames en chaîne, comme une rupture prématurée des membranes, un rétrécissement cicatriciel du col, des anomalies de la dilatation, la mort de l'enfant, la rupture utérine et l'infection.

BRINDEAU écrit : "Outre le danger d'avortement, l'amputation créée au niveau du col un anneau cicatriciel aussi dangereux que la lésion qu'elle a supprimée".

HUNTER en 1955 dans le J. OBST. et GYNEC. BRIT. EMP (62) rapporte que 40 % des accouchements par voie basse, après amputation

.../...

du col, provoquaient une déchirure de ce dernier.

Rapprochons en dans le même ouvrage (mêmes références) les résultats du 14ème Congrès d'Obstétrique de langue anglaise qui parle de 18 % de césariennes après amputation du col.

ORR en 1961, dans AM. J OBST. et GYNECO (82) propose après une revue de la littérature de renoncer à l'amputation du col chez la femme jeune en âge d'avoir des enfants, tant il y a des risques et des complications durant le travail.

S.L. COHN dans MICH. MED 65 (Oct. 1966) rapporte un cas de rupture utérine pendant le travail après amputation du col.

Bien souvent, les auteurs font état de tableaux plus polymorphes. TAHIRI par exemple, étudiant 12 accouchements par voie basse chez 9 femmes (sur une statistique de 36 grossesses chez 22 femmes) constate que le col se dilate tantôt de façon brillante et rapide, tantôt très lentement, que l'accouchement se termine souvent spontanément, rarement par manoeuvre instrumentale. A côté de cela, il rapporte un cas d'hystérotomie pour évacuer un utérus à 5 mois 1/2, le col étant devenu un orifice cervical, fibreux, rigide, inextensible.

Du point de vue étiopathogénique, il ne semble pas que le col soit tellement accusé. Il finit presque toujours par se dilater. C'est peut-être le remaniement des tissus péricervicaux, entraînant une sclérose péricervicale, qui est davantage responsable des accidents qui peuvent survenir.

° ° °

.../...

V.- LES PARTISANS -

- A / La stérilité des femmes amputées du col semble à l'examen des faits bien relative -

En effet, la plupart des interventions sur le col, concernant des femmes en période d'activité génitale, se situent en général dans les années qui précèdent la ménopause. De plus, il est rare que ces femmes désirent de nouvelles grossesses, qui plus est, certaines utilisent des moyens contraceptifs.

Sur les 25 femmes de notre étude, dont l'âge est compris entre 24 et 42 ans, il n'y en avait guère qu'une seule, la plus jeune, qui désirait une nouvelle grossesse ; son voeu ne fut pas exaucé.

9 de ces 25 femmes devinrent tout de même enceintes, une deux fois (Obs. n° 5 - âge 33 ans), une autre 3 fois (Obs. n° 6 - âge 40 ans), ce qui ferait 33 % si on osait en tirer une statistique.

SOVAK et MOORE, qui pratiquent tous les deux des amputations basses, ont eu, rappelons le, un taux de natalité de 40 % pour l'un et de 35 % pour l'autre.

CORBIT, CHAMBLIN et CHASTENEY (J. CORBIT AMERICAN J. OBST et GYN 94.40.1966) eurent 21 grossesses chez 864 amputées du col, alors que l'âge moyen de leurs patientes était de 49,2 ans.

Pour ce qui est du laps de temps s'écoulant entre l'intervention et la fécondation, toutes les statistiques coïncident, la plupart des femmes devenant enceintes un an après.

Dans nos observations, la grossesse la plus précoce débuta deux mois après l'exérèse du col, et il semble bien, à la revue de la littérature, qu'il s'agisse-là d'une des grossesses les plus précoces, la plus tardive eut lieu 13 mois après l'intervention.

CORBIT est le plus précis dans ces chiffres et il donne comme durée moyenne entre l'opération et la fécondation 13 mois, avec comme temps extrême 4 mois et 36 mois.

En résumé, il ne semble pas que l'amputation du col soit un réel obstacle et dans de rares cas, comme les cervicites chroniques ne réagissant pas à un traitement prolongé, elle peut même la favoriser, comme en témoigne l'observation de M. MOULONGUET et les 3 cas opérés par CORBIT, que nous verrons plus loin en détail.

Somme toute, et objectivement, si une grossesse survenant après une
.../...

amputation du col prouve bien que l'amputation n'a pas entraîné de stérilité, l'absence de grossesse, compte tenu de l'âge moyen des malades et de l'utilisation fréquente des moyens contraceptifs, ne prouve pas qu'il s'agisse de stérilité.

o
o o

- B/ Si bien des auteurs voient un drame dans une grossesse après amputation du col, bien peu voient là un évènement heureux -

Aussi, la revue de la littérature en sera plus brève.

Voyons déjà ceux qui nuancent le problème.

Tout d'abord, PINARD lui-même, dans une de ses leçons recueillies par son Chef de Clinique Louis FUNCK BRENTANO, déclare :

"J'ai pu rassembler de multiples observations. Elles m'ont confirmé dans l'opinion que ces amputations hautes du col utérin provoquent d'ordinaire des accouchements prématurés (opérations à la manière de HUGUIER)." Par contre, des opérations plastiques sur le col dont le type était l'opération de SCHROEDER, il dit : "leur influence est presque nulle sur la durée de la grossesse."

En 1962, H. ROBERT en abordant ce problème, conseille l'abstention de l'amputation chez les femmes qui désirent des grossesses. Si celle-ci a été pratiquée, il préconise le cerclage du col en cas de grossesse, car il est opposé à une stérilisation préventive que certains pratiquent.

Chez les auteurs anglo-saxons, FOTHERGILL 1921, LACEY 1921, SHAW 1933, pensent que l'amputation du col n'est défavorable ni à la grossesse, ni à l'accouchement :

"l'intervention n'empêche pas la grossesse et l'épreuve de l'accouchement est supportée dans une grande proportion des cas."

MAIER et THUDIUM, en 1932, trouvent sur 47 femmes ayant subi une amputation haute du col, en âge d'être enceintes :

- 13 accouchements à terme
- 1 seul avortement

GOLDBERGER et ZAKIN trouvent chez 23 femmes amputées du col :

- 30 accouchements à terme, avec
7 applications de forceps
- aucune césarienne
- 2 avortements.

HUNTER rapporte une statistique faite dans la région de MANCHES-TER où il trouve :

- 53 accouchements, dont :

.../...

- 34 normaux
- 6 applications de forceps
- 13 césariennes, dont 4 après épreuves du travail

Il rapporte également les séries publiées par CLAYE et BAIRD, dont les résultats sont moins favorables.

Parmi les auteurs français, M. le Pr. Agr. E. HERVET, dans une publication à la société de Gynécologie et d'Obstétrique, en 1954, rapporte à propos de 22 amputations du col, l'observation d'une femme ayant présenté un prolapsus du 3ème degré, avec allongement hypertrophique du col dans les suites immédiates d'un accouchement. Opérée l'année d'après par une amputation du col et un CROSSEN, elle accoucha 6 ans plus tard d'un enfant de 3.750 g, à terme, après un travail de 4 heures.

Le même auteur (Bull. de la Fédération de GYN. et OBST. 8 n° 2) rapporte une étude américaine qui groupe sur 2.989 cas d'opérations de MANCHESTER :

- 238 accouchements, avec :
 - 183 accouchements normaux,
 - 54 accouchements instrumentaux,
 - 1 césarienne

Une statistique anglo-saxonne (AVERILL), plus récente, portant sur 156 grossesses après intervention donne :

- 94 accouchements par voie basse, dont 78 avec épisiotomie
- 14 accouchements simples
- 37 césariennes

Les opérations, ajoute l'auteur, peuvent être entreprises, en envisageant les grossesses ultérieures, sans risque sérieux de récurrence de prolapsus.

- ROCHAT rapporte 7 accouchements normaux par voie basse sur 30 amputations supra-vaginales pour épithélioma intra-épithélial.

- AMELINE rapporte 5 grossesses normales sur 150 amputations du col pratiquées par VIALLE.

- HELD écrit en 1953, à propos de 159 cas d'épithélioma in situ opérés : "sur 7 femmes en âge de concevoir, ayant subi l'opération conservatrice, 3 ont accouché normalement, l'une 4 fois."

.../...

- ANGER, dans sa thèse, rapporte 11 avortements pour 46 grossesses chez 35 amputées.

Voici d'ailleurs, résumés dans un tableau, les résultats qu'il a colligés :

Type de résection	Nbre. de femmes opérées	Nombre de grossesses	Avortements	Accouchements prématurés	Accouchements à terme
Amputations hautes	12	22	8	3	11
Amputations basses	15	15	2	1	12
Amputations sans précision de la technique	2	2	1	0	1
Amputations conoïdes STURMDORF	3	3	0	0	3
Conisations simples	3	4	0	2	2
TOTAL	35	46	11	6	28

Les statistiques étrangères étant dans l'ensemble plus fournies et plus complètes que les nôtres, le tableau suivant permettra de se faire une idée plus précise du pourcentage respectif des avortements, des accouchements prématurés et des grossesses à terme.

STATISTIQUES ETRANGERES RECENTES après AMPUTATION
DU COL

Auteurs	Nombre de grossesses	Avortements	Accouchements prématurés	Accouchements à terme	Divers
GREEN ARMITAGE MAXWELL HUNTER - 1954 -	86	5	10	71	
AVERILL - 1954 -	161	14	16	131	
SOLOMONS - 1954 -	28	11	1	13	3
HILL & HOAG - 1954 -	16	1		15	
NEUHAUS - 1959 -	21	5	2	11	3
SVENNERUD - 1959 -	25	10	1	10	2 GEU 1 Môle 1 avort. thérapeut.
TOTAL	337	46	30	251	10
Pourcentage par rapport au nombre de grossesses		14 %	9 %	75 %	3 %

Dans un article récent (AM. J. OBST. et GYN. 94, 40, 1966), J. CORBIT, W. CHAMBLIN et E. CHASTENEY, exposent leur expérience qui porte sur 864 amputations du col effectuées entre 1956 et 1964 à l'Hôpital de PHILADELPHIE. Cet article mérite une analyse détaillée car leurs auteurs à la fois opérateurs et accoucheurs assurent une certaine unité à ce travail.

Pour amputer un col, ils exigent que les examens systématiques de dépistage soient négatifs et qu'une réaction biologique de grossesse soit négative. L'âge moyen de leurs patientes était de 49,2 ans. La plupart de ces 864 femmes étaient proches ou en cours de ménopause. La technique opératoire consiste en une opération de STUMDORF modifiée enlevant toute la partie vaginale de l'utérus et le canal endocervical jusqu'à son orifice interne.

En recommandant cette biopsie d'exérèse comme procédé de choix pour la prophylaxie du cancer, une de leurs préoccupations fut la possibilité d'une grossesse après amputation du col.

Au total, 20 femmes devinrent enceintes. Dans 17 cas, les grossesses sont survenues en dépit de moyens contraceptifs chez des femmes qui avaient déjà de 2 à 4 enfants vivants. La moyenne d'âge de ce groupe est de 32,2 ans, allant de 29 à 42 ans. La durée moyenne entre l'opération et la fécondation est de 13 mois, s'échelonnant entre 4 mois et 36 mois.

Dans 3 cas, l'amputation avait été faite en dernier recours, pour traiter une stérilité secondaire vraisemblablement liée à une cervicite et une endocervicite chroniques ne réagissant pas à un traitement prolongé.

Ces 3 femmes devinrent respectivement enceintes au 4e, 5e et 7e mois après l'intervention et 3 enfants en bonne santé naquirent à terme.

Trois femmes firent des fausses couches respectivement à 6, 8 et 17 semaines. Depuis qu'un des cas de stérilité eut 2 enfants, ces 17 femmes donnèrent naissance à 18 enfants.

Dans tous les cas le déclenchement du travail se fit spontanément entre la 39e et la 41e semaine.

Le poids des nouveaux nés s'échelonne entre 2.900 g et 4.300 g. Il n'y eut pas de complication néo-natale et, à l'heure actuelle, tous ces enfants sont vivants.

La première partie du travail dura en moyenne 6 heures et 4 minutes allant de 40 minutes à 10 heures, la 2ème partie dura en moyenne 23 minutes, allant de 7 minutes à 109 minutes.

La perte sanguine fut de 150 cc en moyenne, les deux extrêmes étant de 50 et 500 cc.

La délivrance eut lieu spontanément dans tous les cas. Le col fut examiné systématiquement ; seule une femme eut besoin de 2 points de suture pour réparer une petite déchirure "cervicale".

Dans 3 cas les forceps furent utilisés.

Il n'y eut pas de césarienne, ni de complication du post-partum. Tous les examens post-nataux furent normaux, les tests de PANANICOLAOU furent négatifs durant la grossesse et au 6e mois après l'accouchement.

Par ailleurs, les auteurs signalent que FOTHERGILL (FOTHERGILL J. OBST. et GYNECO BRITISH EMPIRE 62.1955) accoucha sans difficulté par voie basse, les 30 enfants qu'ont eu au total 24 femmes ayant subi une amputation du col.

Pour leur part, ils considèrent la biopsie exérèse du col comme un procédé radical dans la prophylaxie du cancer, aussi se sont-ils inquiétés lorsque leurs premières patientes entrèrent en travail, craignant une dystocie par sténose du col ou une hémorragie par déchirure. Ils furent heureux de partager l'expérience de FINN, à savoir que l'accouchement est normal dans de multiples cas (FINN AM. J. OBST. et GYNECO. 56.1948).

Leur seul problème fut de prévoir l'heure de l'accouchement, la dilatation étant très rapide, une fois l'effacement obtenu.

Ils contestent que le taux de fécondité soit diminué, car dans leur série, sur 193 femmes qui continuèrent à avoir leurs règles, 17 se trouvèrent enceintes en dépit des procédés contraceptifs. Les 3 cas opérés pour stérilité y furent ajoutés, lorsqu'ils furent certains que l'amputation du col ne rendait la grossesse nullement périlleuse.

Des 3 fausses couches, les 2 plus précoces ne leur ont pas semblé en rapport avec l'intervention, seule la 3ème est due à une béance de l'orifice interne.

Au total, sur 864 opérations, 193 concernaient des femmes réglées, 20 devinrent enceintes, 17 par inadvertance, 3 délibérément.

Il y eut 3 fausses couches dans le 1er trimestre et une dans le 2ème trimestre par béance du col ; 18 enfants en bonne santé naquirent par voie basse, à terme et sans difficulté.

Ils conclurent que l'amputation du col ne présente pas de danger pour les grossesses futures.

o
o o

.../...

Dans les observations que nous avons rapportées concernant l'évolution des 12 grossesses qu'ont eues ces 9 femmes amputées du col, on relève 4 fausses couches :

- 1 à 3 mois (OBS. n° 8)
- 1 à 5 mois 1/2 (OBS. n° 5)
- 2 à 2 mois (OBS. n° 6)

Comme nous l'avons dit précédemment, on ne peut pas mettre vraisemblablement les deux dernières sur le compte de l'amputation du col.

Il faut, en examinant le pourcentage des avortements et des accouchements prématurés après amputation du col, le rapprocher de celui de ces deux accidents, hors de toute intervention. Il oscille, selon les statistiques, entre 7 % et 11 % pour les avortements spontanés et entre 6 % et 10 % pour les accouchements prématurés.

Dans la mesure du possible, il faudrait pouvoir déterminer la cause des fausses couches, en particulier les causes génétiques, afin de les soustraire du total des avortements survenus après une amputation du col.

Pour tenter d'éclairer un peu le problème, nous avons réuni en un seul tableau toutes les statistiques précédemment citées dans cette étude :

- en I : PINARD, LEPÂGE, DOLERIS, DUCASSE, CHALEIX-VIVIE
- en II : LEONARD, MAIER THUDIUM, WILLIAMS
- en III : GREEN-ARMYTAGE, AVERILL, SOLOMONS, HILL et HOAG, NEUHAUSS, SVENNERUD
- en IV : ORR, BURGHANDT, ANGER, TAHIRI, CORBIT
- en V : notre statistique

	Nombre de grossesses	Avortements	Accouchements prématurés	Accouchements à terme
I	146	21	29	96
II	95	32	14	40
III	337	46	30	251
IV	165	47	25	93
V	12	4	5	3
TOTAL	755	150	103	483
Pourcentage		20 %	13,5 %	64 %

L'addition des pourcentages ne donne pas 100 car nous avons négligé dans ce dernier tableau, la rubrique "faits divers", qui comporte des G. E. U., des môles et des termes non précisés.

Il paraît légitime, en retranchant le pourcentage habituel des avortements et des accouchements prématurés, de taxer l'amputation du col :

- d'un excès d'avortements d'environ 10 %
- d'un excès d'accouchements prématurés d'environ 5 %.

o
o o

.../...

- C/ Pour PINARD et AUDEBERT, l'amputation du col était source de dystocie cervicale et d'accouchements dramatiques. Il ne semble pas aujourd'hui, en partie pour des raisons que nous exposerons plus loin, qu'il existe des dystocies sérieuses et nombreuses après exérèse du col. C'est l'opinion que l'on peut se faire après étude des observations françaises et étrangères.

Pour les optimistes, comme DOLERIS, il n'y a pratiquement pas de dystocie après amputation basse du col.

RAWLS considère même que les accouchements sont plus rapides.

FOTHERGILL et SHAW font état chacun de 30 accouchements normaux par voie basse.

La statistique la plus importante sur ce sujet, citée dans la thèse d'ANGER, concerne 243 grossesses à terme, après intervention de MANCHESTER

- 172 se terminèrent par un accouchement normal,
- 66 par une césarienne,

et il n'y a eu que 5 dystocies cervicales.

En ce qui concerne les 5 accouchements par voie basse que nous rapportons, les modalités en ont été consignées dans les observations.

Rappelons simplement que ce sont les 2 femmes ayant eu un cerclage du col et une perfusion de Syntocinon qui accouchèrent le plus rapidement, en 2 heures de temps.

Une autre accoucha en 2 h. 30.

Le travail des deux dernières dura respectivement 5 h 40 et 6 h ; il est vrai que pour celle-ci il fallut pratiquer une incision d'une bride vaginale.

Pour ce qui est du dégagement, 3 des 4 femmes opérées pour prolapsus eurent une épisiotomie systématique, une seule, celle ayant accouché au terme de 7 mois 1/2, eut un forceps à la vulve.

Les américains, CORBIT et collaborateurs, avec le souci de l'exactitude qui leur est cher, donnent pour la première partie du travail une durée de 6 heures et 4 minutes, avec des extrêmes allant de 40 minutes à 2 heures, et pour la deuxième partie du travail une durée moyenne de 23 minutes, avec des extrêmes allant de 7 minutes à 109 minutes.

Ils utilisèrent seulement 3 fois le forceps et eurent une petite déchirure cervicale à suturer par deux points.

Ces résultats, rappelons-le, concernaient 18 grossesses. .../...

TAYLOR (AM. J.O. et G. 1966 94.35) dans sa statistique de l'Hôpital Ste-Marie à MANCHESTER et de la Royal Infirmary de PRESTON, analyse 94 grossesses après amputation du col et réfection périnéale :

- 15 avortèrent dans les 2 premiers trimestres,
- 13 accouchèrent prématurément,
- 19 furent césarisées de principe pour préserver la plasticité périnéale,
- 2 femmes furent césarisées, une pour dystocie de dilatation du col, alors qu'elle avait déjà eu un accouchement normal par voie basse après l'intervention, l'autre pour souffrance fœtale,
- 46 femmes accouchèrent par voie basse, à terme, avec seulement :
 - . 4 forceps,
 - . aucune déchirure cervicale,
 - . une durée moyenne du travail en rapport avec la parité,
 - . l'épisiotomie fut systématique.

Dans ses conclusions, TAYLOR pense qu'une amputation haute est responsable, dans un grand nombre de cas, d'avortements et d'accouchements prématurés.

Pour lui, il est impossible de prévoir les réactions d'un tissu cicatriciel et la décision d'accepter la voie basse implique une "épreuve du travail" basée sur la dilatation du col.

Il estime également qu'un accouchement par voie basse sans incident n'implique pas qu'il en sera de même pour le suivant.

Au total, il ne semble pas que l'amputation du col soit cause d'autant de dystocies cervicales qui lui furent attribuées dans le passé.

Si, dans la grande majorité des cas, les amputées du col accouchent simplement ou en posant peu de problèmes, il est loin de notre propos d'affirmer que la dystocie cervicale n'existe pas. Mais elle est de nos jours reléguée au second plan, tant il est simple de la contourner par césarienne lorsqu'elle se révèle invincible.

En fait, c'est seulement en fin de grossesse que l'on décidera de laisser la femme entrer en travail ou non.

Si la présentation paraît très élevée, le segment inférieur mal formé, la cicatrice cervico-vaginale scléreuse et rigide, il vaut mieux envisager une césarienne, en sachant qu'une sclérose cicatricielle peut se remanier et s'assouplir étonnamment au cours du travail.

.../...

En tous les cas, si l'on se décide à entreprendre une épreuve du travail et si la dilatation ne progresse pas régulièrement, il ne faut surtout pas s'obstiner, car le risque d'extension d'une déchirure cervicale au segment inférieur est très à craindre.

En outre, la dystocie peut être d'origine vaginale, au niveau du dôme rétréci de façon importante par la suture effectuée lors de l'intervention.

o
o o

VI. - NOTRE POSITION. -

Les conséquences obstétricales des amputations du col ont été et sont encore jugées de façon diamétralement opposée.

Ses indications passées ou plus récentes en font toujours un sujet d'actualité. Quelles sont-elles ?

- résection du col dans le prolapsus et le succès mondial de l'opération de MANCHESTER va en accroître incontestablement le nombre ;
- résection du col dans les états pathologiques, infectieux, cicatriciels et dystrophiques ;
- amputation du col dans les épithélioma in situ.

Ce dernier chapitre est appelé à devenir le plus important, sinon par le nombre, du moins par son intérêt obstétrical. En effet, la précocité et la perfection des examens systématiques de dépistage va augmenter le nombre de jeunes femmes qu'il faudra opérer, qui voudront tout de même devenir enceinte et mener leur grossesse à terme.

L'amputation du col, quand existe un allongement hypertrophique du col est un temps indispensable de l'opération pour prolapsus. L'amputation est tantôt intra vaginale, tantôt supra vaginale, car l'allongement peut porter sur la portion sus vaginale du col.

Certaines techniques chirurgicales, opération de BOUILLY, opération de MANCHESTER comprennent un temps particulier qui règle cette amputation. Souvent aussi on l'associe à une intervention type CROSSEN ou HALBAN ou simplement à une périnéorrhaphie classique.

Ainsi les amputations du col se divisent en deux catégories :

- soit haute supra vaginale avec décollement vésical :
 - . type HUGUIER
 - BOUILLY LENORMANT
 - MANCHESTER
- soit basse intra vaginale sans décollement vésical :
 - . type SCHROEDER
 - BONNEY.

Certains accoucheurs, peut-être les plus nombreux, redoutent l'amputation du col et ses effets qui, pour eux, sont désastreux.

.../...

Sans parler des incidences fâcheuses sur la fécondation et l'évolution de la grossesse, l'amputation du col entraîne des dystocies graves, crée des obstacles de sclérose cervicale pouvant être habituellement contournés que par césarienne. Cette crainte pouvait même entraîner la stérilisation au cours de certaines interventions pour prolapsus, à une époque où la contraception temporaire n'était pas entrée dans les mœurs.

Beaucoup cependant, ne voient pas dans l'amputation du col, un risque considérable et jugent rares les complications au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Rappelons l'observation de POTOCKI qui amputa chez une jeune femme enceinte de 4 mois, sept centimètres de col intra vaginal.

Il préfère le risque de la dystocie de la cicatrice à celui de la dystocie d'un col allongé : "Que va-t-il se passer au moment de l'accouchement ? La dilatation se fait dans les délais habituels et l'expulsion du fœtus ne paraît être influencée en rien par les opérations antérieures." (LANTUEJOUL).

En fait, nous pensons qu'un allongement hypertrophique est plus dystocique qu'un col amputé. Cet allongement comme l'a bien montré M. MUSSET, à propos de deux observations, conduit à de graves dystocies et parfois à des césariennes prophylactiques.

Il est bien difficile de comparer les résultats obtenus par les différents auteurs, tant les techniques opératoires utilisées sont variées. Qui plus est, bien des études ne comportent pas de compte rendu opératoire.

Les conditions idéales, à notre avis, sont remplies si l'auteur est à la fois chirurgien et accoucheur et si toutes les femmes d'une même étude ont été opérées selon la même technique.

Ces conditions sont pratiquement remplies par la statistique de J. CORBITT et la nôtre.

La plupart des femmes opérées dans le service de Monsieur le Professeur Agrégé E. HERVET l'ont été selon une technique standard dont les principaux temps sont les suivants :

1°/ Temps antérieur :

Refoulement vésical après clivage du plan vésico vaginal et du plan vésico utérin. Dissection soigneuse de l'aponévrose de HALBAN au niveau des deux tranches vaginales droite et gauche.

.../...

Cette aponévrose est toujours identifiable. Elle constitue un plan d'autant plus solide que la cystocèle est plus importante. Elle est utilisée à deux fins : d'une part, pour maintenir la réduction de la cystocèle, d'autre part, pour réduire la rétroversion utérine. Cette double action est réalisée par la suture en paletot de l'aponévrose et sa fixation à la région de l'isthme utérin.

2°/ L'amputation du col : est alors réalisée en calculant de manière précise la longueur du col à résequer. C'est toujours chez les femmes jeunes une amputation nettement sous isthmique qui respecte le verrouillage anatomo physiologique de l'orifice interne.

La surface de section est recouverte de muqueuse vaginale selon le procédé classique de STURMDORF.

3°/ Temps postérieur : qui réduit une éventuelle rectocèle et qui traite une éventuelle élythrocelle. Le temps comporte une colpectomie et une colpo-perinéorrhaphie qui reconstitue le noyau fibreux central du périnée.

La bonne compréhension des résultats obstétricaux de l'amputation du col se heurte à une autre difficulté, celle de ne pouvoir colliger que peu de cas.

En effet, dans notre statistique par exemple, une seule femme désirait vraiment une nouvelle grossesse, certaines même, employaient des moyens contraceptifs.

Ceci explique le pourcentage relativement faible de grossesse. Le prolapsus qui fournit jusqu'alors le plus grand nombre d'amputations du col est une intervention de la ménopause.

Quinze à vingt pour cent seulement des femmes opérées le sont en période d'activité génitale, la plupart d'ailleurs sur le tard. Les grossesses sont rares, soit par diminution de la fécondité ou par stérilité volontaire. (environ 10 % des femmes opérées en période d'activité génitale).

Mais l'amputation du col présente des indications nouvelles, épithélioma in-situ, lésions bénignes chroniques du col, pathologie plus propre à la femme jeune. L'âge moyen des malades s'abaissant, le nombre des grossesses pourrait augmenter.

D'un autre côté, le succès de l'opération de MANCHESTER étoffera certainement les statistiques.

En plus de leur rareté, les observations pèchent souvent par leur imprécision. Il faudrait, en particulier, préciser la longueur du col

.../...

avant l'intervention et après. La simple hystérométrie pré et post opératoire ne suffit pas. Une opération importante peut rester en dessous de l'orifice interne, comme une amputation modeste risque d'intéresser la région isthmique. Une bougie de HEGAR de calibre convenable butant sur l'orifice interne du col assure une cervicométrie suffisamment précise.

Bien qu'existants les avortements ne justifient pas la ligature des trompes conseillée par certains, car si elle stérilise la femme, elle stérilise également les progrès que l'on est en droit d'attendre d'une multiplication des cas heureux et d'une étude des cas malheureux. Elle résout le problème par l'abdication.

Tous les auteurs ont, dans leurs statistiques, des grossesses à terme et des grossesses malheureuses, dans une proportion qui finalement importe peu. Comme il est prouvé qu'une grossesse peut évoluer à terme après résection du col, il faut essayer de comprendre les cas malheureux et ainsi améliorer les résultats.

Est-il possible de préciser des techniques chirurgicales, respectueuses de l'anatomo physiologie du col, qui préserveront l'avenir obstétrical ? Trop d'interruptions de grossesses sont dues à la destruction totale ou partielle de l'appareil occlusif physiologique du col.

ASPLUND écrivait : "Le risque d'avortement ou d'accouchement prématuré après amputation du col dépend du niveau de celle-ci. Comme l'a montré DANFORTH, il n'y a pas de muscle important dans la partie inférieure du col. Par conséquent, si nous pratiquons une amputation basse, qui est souvent bien suffisante, le risque ne devrait pas être si grand. Avant de pratiquer une amputation, on devrait rechercher le niveau de l'orifice interne et amputer en conséquence."

Peut-on élaborer une technique "obstétricale" de l'amputation ?

Peut-on intervenir pour que la grossesse évolue à terme si la destruction de l'appareil occlusif a été réalisé à tort ou à raison ?

Pour répondre à la première question, tous les auteurs s'accordent pour accuser l'amputation haute, détruisant l'orifice interne et intéressant l'isthme, d'entraîner des interruptions de grossesses.

Chaque fois où elle sera compatible avec un bon résultat chirurgical, l'amputation devra se situer au-dessous de l'orifice interne.

La longueur du col à amputer sera fonction de son degré d'allongement et des variations individuelles de longueur.

.../...

Le niveau d'amputation sera établi, avec précision, par une étude non seulement hystérométrique mais cervicométrique et éventuellement cervicographique.

A propos de l'allongement du col dans les prolapsus, quelques auteurs, comme CHOME, pensent que l'on peut se contenter d'une amputation partielle en zone de sécurité et en attendre le même résultat qu'une exérèse plus complète.

Rappelons les résultats obtenus par quelques statistiques étrangères :

	Nombre de grossesses	Avortements	Accouchements prématurés	Grossesses avant terme	Grossesses à terme	Terme non précisé
Amputations <u>intra-vaginales</u> - type SCHROEDER 1896 - 1900	146	14 %	19 %	33 %	67 %	
Amputations <u>supra-vaginales</u> 1913 - 1942	96	34 %	15 %	49 %	42 %	9 %
Amputations <u>supra-vaginales</u> 1950 - 1960	337	14 %	9 %	23 %	74 %	3 %
Conisations 1938 - 1960	295	17 %	2 %	19 %	75 %	6 %

On constate ces dernières années une amélioration du pronostic obstétrical des amputations supra-vaginales. C'est le résultat d'une meilleure connaissance de l'anatomie et de la physiologie du col et de la suppression par les antibiotiques des suppurations prolongées et des retards de cicatrisation du col.

Les résultats obtenus par HUGUESDON, CHOME et ASPLUND sont presque aussi bons que ceux des conisations.

Deuxième question : la destruction du système de verrouillage du col ayant été inévitable, comment s'opposer aux avortements et aux accouchements prématurés ?

Là apparaît toute l'importance d'observations complètes permettant d'étudier la pathogénie des accidents. Une béance du col donnera souvent une expulsion rapide d'un oeuf vivant et cet accident pourra se répéter plusieurs fois chez la même femme.

HUNTER rapporte une observation suggestive : "Mon attention fut attirée en premier par la possibilité d'avortements à répétition comme séquelle d'amputation cervicale. Feu mon patron, HAIG FERGUSON suivait une malade dont le col avait été amputé par T.A. EMMET et qui avait eu à la suite sept avortements. Le désir d'avoir un hériter la faisait consentir à rester au lit depuis le tout début de sa grossesse et de cette manière, elle eut son premier et unique enfant vivant à 7 mois 1/2."

Dans ce même esprit, citons une des intéressantes observations de FISCHER : "Mme J.W. avait eu avant l'opération trois accouchements à terme et un avortement à 4 mois. Après amputation, elle avorta 3 fois au cours du 2ème trimestre et accoucha prématurément après rupture des membranes d'un foetus de 567 g ayant vécu 10 h. 30."

Il est vraisemblable que les deux séries d'avortements aient été causées par un facteur mécanique d'insuffisance cervicale.

Sur les huit accouchements que nous avons rapportés, deux des grossesses (obs. n° 4 et obs. n° 5) n'ont dû leur salut qu'à un cerclage isthmique. PALMER rapporte trois succès identiques.

Récemment, ROGERS publia une observation de grossesse parvenue à terme après plastie aponévrotique. Il s'agissait d'une femme, ayant déjà eu deux accouchements normaux à terme, amputée du col. Elle eut à la suite 4 grossesses qui se terminèrent toutes par des avortements étalés entre la 10ème et la 26ème semaine. Elle fut césarisée au terme de sa 7ème grossesse après avoir eu une plastie à la 18ème semaine.

Nous pensons que le cerclage isthmique des amputées du col peut actuellement renverser les statistiques et permettre à nombre de femmes de conserver et de mener leur grossesse à terme ou près du terme. Il sera surtout bénéfique aux patientes ayant déjà présenté un nombre élevé d'accidents.

La cure de prolapsus fournissant beaucoup d'amputations du col, nous aurions aimé étudier aussi les conséquences de l'accouchement sur l'état pelvien des femmes ainsi traitées.

Malheureusement, le nombre restreint de nos observations et les trop rares fois où nous avons pu suivre nos accouchées dans le post

.../...

partum, nous empêchent de tirer toute conclusion à ce sujet.

Aussi, envions-nous les auteurs Anglo-Américains et en particulier TAYLOR qui peut aligner 123 femmes enceintes après réfection du plancher périnéal (TAYLOR A.J.O.G. 1966. 94 35). Toutes les femmes furent revues 6 semaines après leur accouchement, 53 sont vues à nouveau après un an et 25 après cinq ans.

Voici toute son expérience sur le sujet, livrée en un tableau :

TAYLOR - Nombre de grossesses 123 -

			Col en place	Col amputé		
<u>34 interruptions</u>	{	Avortement 1er trimestre	4	6		
		Avortement 2ème trimestre	0	9		
		Accouchement prématuré (29 à 32ème semaine)	2	13		
		89 grossesses à terme	23	66		
<u>89 grossesses à terme</u>	{	Accouchement par voie basse	16	46		
		Accouchement par césarienne	7	20		
<u>mode d'accouchement</u>	{	Césarienne	6	18		
		Césarienne après épreuve	1	2		
	{	Sommet	14	40		
		Forceps	2	4		
		Siège	0	2		
		Voie basse				
			voie b.	césar.	voie b.	césar.
<u>Résultat anatomique à l'examen post natal</u>	{	Nombre de cas	10	5	39	20
		Cystocèle	1	0	0	2
		Récidives cysto. recto. prolaps. vag.	0	2	0	0
<u>Résultat à un an</u>	{	Nombre de cas	8	3	28	14
		Cystocèle	0	1	3	1
		Réc. cysto. recto. prolaps. vag.	2	2	1	1
			Col en place	Col amputé		
Nombre de cas			23	66		
<u>Echec de la 1ère intervention et nature de la récursive.</u>	{	Echec initial total	8	7		
		Récidive cysto.	2	6		
		Recidive cysto. recto. prolaps. vaginal	6	2		

.../...

A six semaines du post partum, il y a très peu de récides quel que soit le mode d'accouchement, 7 %.

- Après 1 an, 21,5 % des patientes examinées montrent des signes de récides. Et c'est normal, elles ont été soumises aux fatigues et aux efforts de la vie quotidienne ;
- 9 des 25 femmes (32 %) césarisées réciderent par la suite. Il y a un échec évident de la césarienne comme prévention du risque de récide du prolapsus ;
- Seulement 7 femmes sur 49 (14 %) qui accouchèrent par voie basse réciderent. Alors que penser de la petite phrase de SHAW (1933) : "il est déraisonnable d'espérer de tissus réparés qu'ils résistent au traumatisme de la grossesse et de l'accouchement, là, où les éléments donnés par Dieu ont échoué" ?

La proportion des échecs de l'intervention initiale est particulièrement élevée dans le groupe qui n'eut pas d'amputation du col. Tout le monde le sait et cela justifie amplement l'amputation dans la cure du prolapsus.

En résumé, nous pensons que l'avenir obstétrical des femmes amputées du col doit être envisagé avec plus de confiance pour quatre raisons :

- 1.- Le fait qu'il est souhaitable que l'opérateur soit aussi l'accoucheur ;
- 2.- La disparition des cicatrices scléreuses et la non cicatrisation par première intention devant l'action efficace des agents anti infectieux ;
- 3.- La possibilité d'amputation basse ;
- 4.- L'apparition du cerclage isthmique.

° ° °

.../...

VII. - CONCLUSION. -

Le respect du système de verrouillage de l'orifice interne du col ou, le cas échéant, sa suppléance par un cerclage permettra de donner un espoir réel aux femmes amputées du col et désirant mener une grossesse à terme.

Pour ce qui est de l'accouchement, les observations que nous avons présentées le montre sous son aspect le plus simple. Il est probable qu'il en sera ainsi dans la majorité des cas.

Toutefois, une dystocie cervicale n'étant jamais à exclure, elle pourra toujours être contournée par césarienne. Aussi, nous rangeons-nous du côté des optimistes. Les uns se plaignent que les roses aient des épines, les autres se félicitent que les épines aient des roses.

* * * * *
* * *
*

Vu et permis d'imprimer :

Le Doyen Honoraire
Administrateur-provisoire
de la Faculté de Médecine

G. BROUET

Le Président de la Thèse :

R. MERGER

Le Recteur de l'Académie de PARIS :

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- . ANGERS Daniel, thèse de 1961
- . ANTOINE (T) Wien Klin Wschr, 1959, 71, 122
- . ASPLUND (J) Acta Radiol. 1952, suppl. 91
- . AVERILL (L. L.)
- . BERGMANN (P) et Genell (S) Int. Journ. Fertility 1957, 2, 217
- . BERGMANN (P) Reterat. Ber. Gyräk. Geburtsh, 1958, 64, 348
- . BURGHAND (E) Pregnancy after cervical biopsy Conization and amputation of the cervix Geburtsh U. Frauenheilk 1961 21-3 225, 236 (experta Médica Obst. Gyn. 1961 14, n° 12 546).
- . CHARTIER (M) Thèse PARIS 1952
- . CHARVET (F) J. Méd. Lyon 1957, 38, 795
- . CHASTRUSSE (L) et DUBECQ (J. P.) Rev. Franç. Gyn. Obst. 1960, 3, 213
- . CHASTRUSSE (L) Une cause d'incontinence isthmique ; l'amputation du col. In livre jubilaire du Professeur TESAURO (1961)
- . CHEVALIER Guy, thèse 1961
- . CHOME (E) et CHOMÉ (J) Ginecologia 1957
- . COHN & COLL (S. L.) Uterine rupture in labor following repair for cervical incompetence Mich. Med. 65 : 829-830, Octobre 1966
- . CORBIT (J. D.) Am. J. Obst. & Gynec. 75 : 909, 1958
- . DALSACE (J) Gynec. Obst. 1946, 808
- . DANFORTH (D. N.) Amer. J. Obst. Gynec. 1947, 53, 541
- . DEFEE (R. B.) Obst. Gynec. N. Y. 1958, 12, 91
- . DUNN (L. J.), ROBINSON (J. C.) et STEER (C. M.) Amer. J. Obst. Gyn. 1959, 78, 335
- . DUMONT (M.) Cerclage cervico isthmique après amputation du col (1 obs.) Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 14 n° 3, 1962
- . EASTMAN (N. J.) Editorial Comment. Obst. and Gyn. Surv. 1958, 13, 251
- . FAUGERE (G) Césarienne après amputation du col pour anomalie de la dilatation (1 obs) Gyn. Obst. 1957, 46 n° 3, 354
- . FISCHER (J. J.) Amer. J. Obst. Gyn. 1951, 62, 644
- . FINN (W. F.) Am. J. Obst. & Gyn. 56 : 289, 1948

414 Lankenau Medical Building
Philadelphia 51, Pennsylvania

.../...

- . FOTHERGILL (W.E.) J. Obst. & Gyn. Brit. Em. 28 : 251, 1921
- . GANS et ECKERLING, Gyn. 1960, vol. 149, I, P. 33
- . GRANJON (A) CHEVALIER (G) Amputation du col (107 obs.) Presse médicale 7 n° 29, 1962
- . GREEN ARMYTAGE (V.B.) et BROWNE (J.C.M.) Brit. Med. J. 1957 503, 128
- . GREEN ARMYTAGE (V.B.) Proc. Roy. Soc. Med. 1957, 50, 385
- . GREEN ARMYTAGE (V.B.) Gynécologie pratique 1958, 9, 7
- . GREEN ARMYTAGE (V.B.) J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 1958, 64, 32
- . GREENHILL Year Book of Obst. and Gyn. 1960-1961, 40
- . GUTTMACHER (A.F.) et ROVINSKY (J.J.) Med. surgical and gynecological Complications of Pregnancy, N.Y 1960
- . HALL (H.H.) Amer. J. Obst. Gyn. 1956, 71, 225
- . HASPELS (A.A.) Obst. aspects of portioamputation Nederl. T. Geneesk 110 338 - 342, 30 Avril 1966
- . HERMANN (U) et GEISER Zschr Geburtsch Gyn. 1957, 148, 199
- . HERVET (E.F.) TROCELLIER (R) et CHICHA Gyn. Obst. 1960, 59, 88
- . HERVET Bull Fed. Soc. Gyn. et Obst. Tome 13 - n° 1 bis, 1961
- . HERVET (E) For. cliniques des prolapsus génitaux et choix de la technique chirurgicale curatrice : G et Obst. - Tome 49 - n° 5, 1950
- . HERVET (E) Conséquences obst. des interventions pour prolapsus Rapport aux Assises Françaises de Gyneco. PARIS 1954
- . HERVET (E) Avenir obstétrical des opérées pour prolapsus génital Bull Fed. G et O - 1954
- . HERVET (E) Suites éloignées des amputations du col Bull. Fed. G et O Tome 8 - n° 2, 1956
- . HERVET (E) Cerclage isthmique chez les amputées du col - Bull. Fed. G et O - p. 445 - Nov. 1959
- . HERVET (E) Vers une simplification de la chirurgie du prolapsus - Entretien de BICHAT 1962
- . HUNTER (J.W.) J. Obst. & Gyn. Brit. Emp. 62 : 809, 1955
- . HUNTER (R.G.) HENRY (G.W.) et CIVIN (W.H.) Amer. J. Obst. Gyn. 1957, 73, 875
- . JEFFCOATE (T.N.) et WILSON (J.K.) New York J. Med. 1956, 56, 680.

.../...

- . JOHNSTONE (J.W.) J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 1958, 65, 208
- . LACOMME (M) PALMER (R), LE LORIER (G) KLEIN (M) et DUPAY (A)
18ème Congrès Gyn. Obst. PARIS 1959, 374
- . LACOMME (M) Maternité 1960, 255
- . LACOMME (M) Pratique obstétricale (Masson & Cie, édit.) PARIS 1960
- . LASH (A.F.) et LASH (S.R.) Amer. J. Obst. Gyn. 1950, 59, 68
- . LASH (A.F.) et LASH (S.R.) Amer. J. Obst. Gyn. 1960, 79
- . LASH (A.F.) Int. J. Fertility, 1957, 7, 558.
- . LINDAHL und HELANDER. Geburtsh. Frauenh. 1959, 19, 1071
- . LYONNET (R) et BLANC (P.M.) Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, 558
- . LYONNET (R) et BLANC (P.M.) Bull. Soc. Gyn. Obst. 1956, 105
- . LYONNET et GUILLAUD. Bull. Soc. Gyn. Obst. 1959, 372
- . MAC-DONALD (I.A.) J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 1957, 64, 346
- . MAC-DONALD (I.A.) Amer. J. Obst. Gyn. 1959, 77
- . MAHON (R) CHASTRUSSE (L) Toulouse Médical 59ème année n° 9, oct. 58
- . MAGENDIE (J) Gross. gemellaire et avortement à 5 mois après amp. du
col pour épi in situ. Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst. 1956 8, n°4, 477
- . MAGNIN (M.P.) Lyon Médical 1959, 51
- . MALINAS, Entretiens Gyn. et Obst. 195, 37, 1956
- . MANN (E.C.) Amer. J. Obst. Gyn. 1959, 77, 706
- . ORR (C.J.B.) The Obstétric séquelaes of major operation on the uterine
cervix Amer. J. Obst. Gyn. Sept. 1961, 82 n° 3
- . PAGE (E.W.) Obst. Gyn. N.Y. 1958, 12, 509
- . PALMER (R) et LACOMME (M) Gyn. Obst. 1948, 47, 905
- . PALMER (R) et BRAKOS (C.R.) Soc. Franç. Gyn. 1950, 3, 75
- . PALMER (R) Bruxelles Méd. 1950, 30, 409
- . PALMER (R) Rev. Franç. Gyn. Obst. 1950, 54, 218
- . PALMER (R) Académie Chirurgie 1953, 79, 140
- . PALMER (R) et LYONNET (R) Bull. Féd. Soc. Obst. Gyn. 1955, 557
- . PALMER (R) et MOCQUOT. Traité de technique chirurgicale, 2ème éd.
(Masson & Cie, édit.) PARIS 1956
- . PALMER (R) Académie Chirurgie 1957, 83, 829

- . PALMER (R) Journée Gyn. Obst. de Lisbonne, 1959
 - . POLLOSSON. Livre Jubilaire du Pr LAFFONT, ALGER 1952
 - . PROC. FOURTEENTH BRITISH CONGRESS OF OBSTETRICS. GYN.
Oxford 1955 : J. Obst. & Gyn. Brit. Emp. 62 : 809, 1955
 - . RAWLING (W.J.) Med. J. Australia, 1958, 487
 - . RIVIERE (M) CHASTRUSSE (L) MORIN, Gyn. Obst. 1956 8 n° 4
 - . RIVIERE (M) MAHON (R), CHASTRUSSE et DUBECQ (J.P.) Gyn. Obst.
1959, 246
 - . RIVIERE (M) MAHON (R) CHASTRUSSE (L) Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.
Nov. Déc. 1960, 12, n° 5
 - . RIVIERE (M) Journée gynécologique du SUD-OUEST, Bordeaux 23.4.1961
 - . ROVINSKY. New-York Méd. J. 1960, 60, 524
 - . ROVINSKY, Medical, Surgical, Gynecol. complications of Pregnancy (The
Williams and Wilkins Co, édit.) Baltimore 1960, p. 332
 - . RUSSO J.N. & COLL. The modified Shirodkar Operation a 5 year review
from Hartford Hospital Amer. J. Obst. & Gyn. 91 : 238 - 240, 15.1.1965
 - . SHIRODKAR (V.N.) Antiseptic, 1955, 52, 299
 - . SHIRODKAR (V.N.) Congrès Inter. Gyn. Obst. GENEVE 1954
 - . SMITH (K) Amer. J. Obst. Gyn. 1958, 726
 - . STEINBERG (W) Intern. J. Fertility 1957, 71
 - . SUREAU (C) Maternité n° 6, Juin 61, Conséquences obstétricales de l'am-
putation supra-vaginale du col de l'utérus
 - . SVENNERUND, Acta. Obst. Gyn. Scand. 1959, 38, suppl. 1, 105
 - . TAYLOR (A.J.O.G. 1966 94 ; 35) Analyse de Surgery Gynéco Obst.
Août 1966 123 p. 440
 - . TRILLAUD (A) Thèse BORDEAUX 1960.
-

